

279286

SUBSECȚIA EUGENICĂ ȘI BIOPOLITICĂ A »ASTREI«

BULETIN

EUGENIC ȘI BIOPOLITIC

Vol. V.

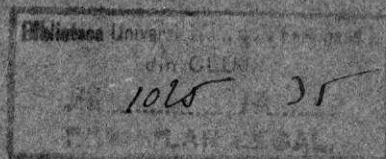
Ianuarie-Iunie 1934.

No. 1-6.

Cluj University Central Library

Dr. MIHAI ZOLOG
Dr. IOAN COSMA
Dr. IOAN PRODAN

Activitatea
Plasei sanitare model Gilău
pe anii 1931—1933.



INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ

Director: Prof. Dr. Iuliu Moldovan

ACTIVITATEA PLASEI SANITARE MODEL GILĂU

PE ANII 1931-1933

DE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Agregat Dr. MIHAI ZOLOG

ȘEF DE SECȚIE LA INST. DE IGIENĂ ȘI SĂN. PUBL. CLUJ

Dr. IOAN COSMA

POST MEDIC IGIENIST AL PLASEI ȘI
MEDIC PRIMAR AL JUD. SIBIU

Dr. IOAN PRODAN

MEDIC IGIENIST AL PLASEI



1934

Institutul de arte grafice „ARDEALUL” Str. Memorandului 22

CLUJ

După 3 ani de întrerupere Buletinul eugenic și biopolitic apare din nou urmând aceleași directive ca și în primele 4 volume apărute. Cum revista noastră va trebui să trăiască din propriile ei mijloace, facem un călduros apel către toți, ce poartă interes problemelor, pe cari le discutăm, de a ne sprijini prin abonarea Buletinului.

Redacția.

Prefață.

După 3 ani de activitate Plasa Sanitară Gilău publică prima dare de seamă mai amănunțită, o publicațiune necesară îndeosebi pentru a se cunoaște organizarea și modul de funcționare al plășii. Considerăm oportună publicarea acestui raport și pentru motivul, că deși au trecut numai trei ani de la înființarea plășii și deși o parte a acestui scurt timp a fost ocupată cu lucrări de recunoaștere, organizare, introducerea personalului în sistemul de muncă, cu toate acestea s'au obținut rezultate practice evidente. Cunoașterea acestor rezultate o considerăm necesară prin faptul, că ele dovedesc fără posibilitatea de contrazicere aplicabilitatea și importanța covârșitoare a dispozițiilor de bază ale legii sanitare și de ocrotire din 1930, dovedesc mai departe că s'a ales calea cea mai potrivită pentru punerea în aplicare a acelor dispozițiuni și în sfârșit justifică nu numai dreptul la existență al plășii sanitare, așa cum este preconizată de lege, dar și generalizarea ei treptată.

Aceste rezultate s'au obținut grație următorilor factori, caracteristici organizațiunei plășii sanitare:

1. Instituirea medicului igienist, conducător al plășii, care își devotă întreg timpul serviciului preventiv, descărcat fiind de obligațiunea clientelei medicale și în mare parte și de agende administrative, capabil, în urma competenței sale speciale, să poarte cu succes atât sarcina cât și răspunderea efectivă a noilor directive în serviciu.

2. Atașarea unui personal medical și îndeosebi auxiliar, surorile de ocrotire, care, oricât de redus ar fi numărul lor, grație competenței și a sistemului de muncă inaugurat, permite a se cuprinde între preocupările permanente ale serviciului toate problemele mai importante ale sănătății publice și toată populațiunea plășii.

3. Predominarea activității preventive.

4. O rațională diviziune a muncii și o precisă sistematizare a activității în așa fel, încât ea atât în ansamblul ei cât și

privind fiecare problemă în parte să se desfășoare după programe înainte stabilite și obligatoare pentru întreg serviciul.

5. Introducerea unui sistem de control, înregistrare și evidență, care să permită o cât mai perfectă și permanentă urmărire a stării și evoluției sanitare și de ocrotire a populației plășii în ansamblul ei, a singuraticelor categorii de asistați și ocroțiți și cu timpul a fiecărei familii din întreaga plasă.

6. Introducerea unui sistem de permanent și sever control al activității personalului tehnic al plășii.

Se va înțelege ușor, că în acești primi ani de încercare nu s'au putut aborda toate problemele cu aceeași intensitate și în aceeași extensiune. Fără a neglija problema salubrității publice, a tuberculozei și a bolilor venerice, s'a dat o atenție specială combaterii și profilaxiei boalelor infecțioase, dar îndeosebi prevenirii și combaterii mortalității infantile. Aceste fenomene le-am considerat ca pe cele mai sensibile la intervențiunea unui serviciu bine organizat, asupra lor s'a concentrat în primul rând activitatea plășii și în consecință în domeniul lor s'au obținut cele mai evidente rezultate.

Cheltuielile materiale, cerute de organizarea și funcționarea plășii, calculate pe cap de locuitor nu au fost mai mari decât acele obișnuite de prezent în multe județe din țară.

La organizarea și funcționarea Plășii Sanitare Model Gi-lău inițiată și în permanență îndrumată de Institutul nostru, au contribuit în mod esențial Fundațiunea Rockefeller printr-un ajutor material și tehnic, pe care ni-l'a acordat în cea mai largă măsură, Ministerul Sănătății și îndeosebi Prefectura județului Cluj, asupra căreia va trece după 5 ani de funcționare, administrația și finanțarea integrală a plășii.

Exprimăm și cu această ocazie îndeosebi Fundațiunei Rockefeller respectuoasa noastră recunoștință și mulțumirile noastre prefecturei județului Cluj.

Organizarea plășii sanitare s'a făcut din inițiativa și conform directivelor Institutului de Igienă și Sănătate publică din Cluj, sub a cărui conducere tehnică efectivă funcționează în permanență. Această conducere tehnică nu s'a limitat numai la unele chestiuni principale, ci s'a extins asupra celor mai detaliate probleme ale organizării și funcționării plasei.

Meritul rezultatelor favorabile obținute revine însă personalului tehnic al plășii, care muncind sub permanenta supraveghere a D-lui Agregat Dr. M. Zolog, șef de secție al Institu-

tului nostru, și-a făcut pe deplin datoria. Conducerea directă a plășii a avut-o până la 1 Iulie 1933. Dl Dr. Ioan Cosma, medic igienist, azi medic primar al județului Sibiu, care s'a achitat de obligațiunile sale cu cel mai desăvârșit devotament și cu multă competență. Conducerea a luat-o apoi Dl Dr. Ioan Prodan, azi medic igienist al plășii, care activează cu aceeași competență, râvnă și acelaș devotament.

O mențiune specială merită domnii medici de circumscripție: Dr. Sava Cașu (Gilău), Dr. Alex. Vasvary (Săvădisla), Dr. Alex. Cosma (Căpușul mare) și Dr. Ioan Perhaița (Rechetău), ca și Dnii medici consultanți: Dr. M. Sireteanu, Dr. M. Alexandrof și Dr. V. Gh. Munteanu, iar memoriei regretatului nostru coleg, Dr. Gh. Stăniloiu, omagii de recunoștință.

Iar activitatea surorilor de ocroti, cărora le-a revenit poate cea mai importantă parte a activității executive de prevenire și educațiune, descentralizată până în familia țărănească, a fost îndrumată cu o rară pricepere și neobosită grijă de sora conducătoare a plășii, Dna Susana Câmpianu.

Prof. I. MOLDOVAN

Directorul Institutului de Igienă și
Sănătate publică Cluj

Introducere.

Plasa Sanitară Model Gilău a fost înființată pe ziua de 1 Ianuarie 1931, conform legii sanitare și de ocrotire din 1930.

„Plasa sanitară“ este prevăzută de această lege ca o nouă unitate sanitară între județ și circumscripție, care să cuprindă mai multe circumscripții cu un total de cel mult 100.000 locuitori potrivit cu densitatea populațiunii, situația geografică și posibilitățile de comunicație. Delimitarea ei se face după posibilitate în limitele plășilor administrative, respectându-se totdeauna granițele județului.

Rostul și justificarea creării plășilor sanitare, reese clar din: multiplele îndatoriri noi preventive pe cari trebuie să le îndeplinească serviciul sanitar al circumscripției, din necesitatea unei sistematizări a activității, din faptul că medicul de circumscripție nu are nici competența tehnică, nici capacitatea fizică, de-a corespunde tuturor acestor îndatoriri. Atâta vreme, cât el rămâne singurul sau aproape singurul organ medical la țară, obligațiunea lui va fi în primul rând de a trata bolnavii. Chiar și acestei îndatoriri el va putea corespunde numai parțial, având în vedere extinderea mare a circumscripțiilor și insuficiența căilor și mijloacelor de comunicațiune. Iar medicul primar de județ, având pe lângă multiplele îndatoriri de ordin administrativ sanitar și obligațiunea de a conduce și îndruma activitatea preventivă din întreg cuprinsul județului, el nu va fi decât excepțional în stare, de a conduce în detaliu, de a îndruma și controla cu succes activitatea pe teren.

Iată motivele pentru cari s'a crezut să se intercaleze între județ și circumscripție plasa sanitară, condusă de un medic igienist, care să descarce pe medicul de circumscripție de răspunderile și obligațiunile pe cari nu le poate îndeplini și să fie auxiliarul pe teren al medicului primar de județ în grija permanentă pentru sănătatea publică.

Cine cunoaște starea precară în care se află sănătatea

publică la noi își dă seama cât de urgentă și necesară este reorganizarea serviciului nostru sanitar rural, cât de necesară este deci și înființarea plășilor sanitare.

Ideea unei unități sanitare, plasă sau chiar județ, pentru experimentarea și verificarea principiilor noi de organizare și administrație sanitară, de unde apoi metodele și sistemele găsite bune să se aplice în alte județe și regiuni, s'a ridicat încă de mult, dar nu s'a putut realiza decât cu începere dela 1 Ianuarie 1931.

Plasa Sanitară Model Gilău, are scopul de a servi ca teren de experiență și cercetări științifice în vederea aplicării legii sanitare și de ocrotire din 1930, iar pe de altă parte de a servi ca teren de aplicație practică pentru medicii igienisti, cari își fac studiile de specializare la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj, pentru elevele Institutului Surorilor de ocrotire din Cluj și pentru absolvenții Facultății de Medicină ai Universității din Cluj.

Pe lângă acestea, Plasa Sanitară Model mai are scopul de a studia și experimenta metodele noi pentru ameliorarea condițiilor sanitare rurale, de a sistematiza activitatea medicilor de circumscripție, precum și a personalului sanitar auxiliar (surori de ocrotire, agenți sanitari, moașe) pentru obținerea unui rezultat cât mai mulțumitor, de a elabora modele de fișe și rapoarte sanitare, simple dar sistematizate, de a desvolta tehnica sanitară în mediul rural și de a găsi metodele cele mai potrivite pentru educația igienică a populației rurale.

În vederea organizării unei Plase Sanitare Model au început discuțiuni cu Fundațiunea Rockefeller, reprezentată prin Dnii Dr. G. K. Strode și Dr. L. Mitchell, încă în anul 1928. Ca urmare a acestor discuțiuni, în anul 1929 Dl Profesor Dr. Iuliu Moldovan, atunci subsecretar de stat la Min. Sănătății, a delegat pe Dnii Dr. I. Gomoiu și Dr. P. Râmneanțu de a face o anchetă minuțioasă în plasa administrativă Gilău, numită a „Moșilor“, care anchetă s'a făcut în lunile Iunie—Octombrie 1929 și s'a publicat în „Sănătatea Publică“, buletinul oficial al Ministerului Nr. 5, 6, 7, 8 și 9 din anul 1930. Această anchetă a fost necesară pentru cunoașterea precisă a stării de fapt, a condițiilor sanitare și demografice înainte de începerea organizării Plasei.

Între timp discuțiunile referitoare la organizarea plasei, urmate între *Ministerul M. S. O. S.*, reprezentat prin Domnul

Profesor Dr. I. Moldovan, subsecretar de stat și Dl Agregat Dr. M. Zolog, *Fundațiunea Rockefeller*, reprezentată prin Domnii Dr. G. K. Strode și regretatul Dr. L. Mitchell și județul Cluj, reprezentat prin Domnii prefecți Dr. A. Popa și Dr. I. Gherman, au dus la o deplină înțelegere și s'a încheiat o convenție referitoare la organizarea, finanțarea și funcționarea Plasei sanitare model, convenție aprobată de fundația Rockefeller, de Ministerul M. S. O. S. prin adresa Nr. 65.747 din 20 Noiembrie 1930, iar de către județul Cluj prin adresa No. 18.457 din 8 Noiembrie 1930.

Conform acestei convențiuni plasa funcționează după principiile fixate, în acord cu *Fundațiunea Rockefeller*, de Institutul de Igienă și Sănătate publică din Cluj.

Principiul fundamental în organizarea plasei a fost acelaș care formează punctul cardinal al legii sanitare și de ocrotire, anume întăietatea igienei, a activității preventive, față de medicina curativă. Acest principiu este o adevărată dogmă a organizării sanitare moderne și este acceptat aproape de toate țările din lume. Era natural ca și noi în organizația plasei să ne conformăm acestui principiu.

În ceea ce privește finanțarea Plasei Sanitare Model convenția prevede ajutorul financiar al *Fundațiunei Rockefeller* pe o perioadă de 5 ani, după următoarea scară:

In anul I (1931)	. . . . .	5.000 dollari
In anul II (1932)	. . . . .	4.000 „
In anul III (1933)	. . . . .	3.000 „
In anul IV (1934)	. . . . .	2.000 „
In anul V (1935)	. . . . .	1.000 „

Județul Cluj se angajează prin această convenție să subvenționeze Plasa Sanitară Model deasemenea pe o perioadă de 5 ani cu sumele după cum urmează:

Anul I (1931)	. . . . .	300.000 Lei
Anul II (1932)	. . . . .	359.310 „
Anul III (1933)	. . . . .	417.956 „
Anul IV (1934)	. . . . .	476.602 „
Anul V (1935)	. . . . .	535.284 „

În afară de aceste sume în anul 1930 județul Cluj ne-a pus la dispoziție o casă cu 7 camere precum și suma de 100.000 Lei pentru repararea ei, fiind într'o stare atât de deteriorată, încât avea nevoie de reparație generală. Fără acest

concurs binevoitor al județului, înființarea Plasei Sanitare Model n'ar fi fost posibilă.

Ministerul M. S. O. S. deasemenea ne-a arătat toată bunăvoința și ne-a ajutat în largă măsură să învingem greutățile începutului. A bugetat personalul necesar Plasei, ne-a pus la dispoziție instrumentarul necesar dispensariilor și a înscris în buget sumele prevăzute în convenție — angajându-se totodată împreună cu județul, ca în măsura reducerii subvenției Fundațiunei Rockefeller să completeze bugetul Plasei până la suma precizată în convenție.

După terminarea lucrărilor preliminare și întocmirea bugetului s'au făcut numirile personalului.

Tot cu data de 1 Ianuarie 1931, s'a înființat și circumscripția sanitară rurală Rechetău, pentru comunele de munte: Măguri, Mărișel și Muntele-rece, comune cu populație exclusiv românească cari până în acel moment nu au avut nici o posibilitate de asistență medicală, fiind la distanțe de 35—45 km., de cel mai apropiat medic.

Conform prevederilor convenției și ale legii sanitare și de ocrotire din 1930, Plasa Sanitară Model, din punct de vedere tehnic, stă sub conducerea Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj.

Pe lângă aceasta am avut tot concursul Inspectoratului General sanitar Cluj, și al Serviciului sanitar județean Cluj, precum și al celorlalte autorități cărora ne-am adresat.

În acest loc trebuie să accentuăm ajutorul de neprețuit al Fundațiunei Rockefeller, care nu s'a mărginit numai la un concurs material, ci ne-a dat cel mai larg sprijin și din punct de vedere tehnic și moral. Dl Dr. G. K. Strode, și regretatul Dr. L. Mitchell ne-au dat prețiosul lor concurs la lucrările de organizare ale Plasei, vizitându-ne de mai multe ori în cursul fiecărui an, dându-ne întotdeauna indicații referitoare la activitatea ce avea să se desfășoare în Plasă. Ne-a vizitat de mai multe ori pe an și D-ra M. E. Tennant dela Fundațiunea Rockefeller, rămânând împreună cu surorile noastre de ocrotire și lucrând mai multe săptămâni de-arândul cu ele. Ținem deci de datoria noastră ca să ne exprimăm sincerile noastre mulțumiri dlui Dr. G. K. Strode și D-rei M. E. Tennant, iar Doctorului L. Mitchell să-i păstrăm cea mai pioasă amintire, pentru larga bunăvoință cu care ne-au ajutat să învingem greutățile începutului.

Nu putem să nu amintim cu deosebită recunoștință felul,

cum prefectura județului Cluj a ținut să se achite de obligațiunile fixate în convențiune și cum pe deasupra acestor obligațiuni a știut să încurajeze activitatea plășii noastre prin cea mai largă bunăvoință.

La sfârșitul celor 3 ani de activitate nu putem spune că ne-am îndeplinit întreg programul, care nici nu era făcut pentru un interval atât de scurt ci pentru o perioadă de 5 ani.

Cine a avut ocazia să ne viziteze și a avut obiectivitatea necesară, s'a putut convinge, că prevederile legii sanitare și de ocrotire din 1930, referitoare la organizarea Plasei sanitare nu sunt teorii inaplicabile și nici nu costă miliarde, cum susțin adversarii ei, voind să argumenteze inaplicabilitatea, ci sunt dispozițiuni corespunzătoare realității și aplicabile, cari singure pot fi chemate să amelioreze starea sănătății populației noastre.

Plasa Sanitară Model Gilău.

CAP. I.

Situația geografică și căile de comunicație.

Plasa Sanitară Model Gilău este situată în partea sud-vestică a județului Cluj, cuprinzând în cea mai mare parte colțul nord-vestic al munților Apuseni, precum și o parte din marginea bazinului Transilvaniei. Datorită situației geografice regiunea prezintă aspecte deosebite. În partea de sud se află înălțimi cari ajung până la 1.770 metri, spre nord-vest regiunea este mai puțin reliefată ajungând în partea de est la altitudini mai mici, iar partea de nord are mai mult caracterul de șes, cu mici reliefuli deluroase.

Din cauza condițiunilor puțin corespunzătoare pentru crearea mijloacelor de traiu, partea de sud-vest este relativ puțin locuită. Acele câteva comune situate în această parte (Muntele-rece, Mărișelu, Măguri și Lăpușești) se află resfirate dealungul culmilor pe distanțe neobișnuit de mari.

Căile de comunicație din Plasa Sanitară Model Gilău, sunt reprezentate prin: șoseaua națională Cluj—Oradea-mare, care atinge mai multe comune, prin drumuri județene și comunale. Aceste din urmă sunt în majoritatea lor rele și întreținerea lor lasă mult de dorit. Cu 6 comune legătura se face foarte anevoios, drumurile fiind mai mult niște poteci greu accesibile altor mijloace de transport, decât călare sau pe jos. În timp de iarnă situația este și mai dificilă.

Organizarea administrativă.

Plasa Sanitară Model Gilău cuprinde comunele aparținătoare Plasei Moților, cu excepția comunei Păniceni care aparține Plasei administrative Huedin. Comunele sunt grupate în jurul alor 6 notariate. Aceste notariate sunt subordonate primpretorului Plasei cu sediul la Gilău. Alte organe

se mai găsesc maghiari 30.3% și alte naționalități 1.2%. Populația maghiară ocupă mai ales comunele de șes de-alungul șoselei naționale Cluj—Oradea-mare. Evreii formează elementul comercial al comunelor, mai ales în comunele românești.

Ocupația, situația economică și culturală a locuitorilor.

Ocupația locuitorilor este deosebită după diferitele regiuni ale Plasei. În regiunea de șes ocupațiunea principală este agricultura pe unități reduse. Crescătoria de vite și pășări este foarte puțin introdusă și e de calitate inferioară. În comunele de munte se ocupă mai ales cu tăiatul și transportul lemnului de foc și în parte cu prelucrarea lemnului de construcție în cele câteva întreprinderi particulare și de stat. Valorizarea produselor alimentare cum este laptele și derivatele lui, ouă, păseri etc., asigură un câștig relativ mic comunelor din apropierea Clujului. Un număr mic de locuitori din comunele apropiate de Cluj își asigură existența ocupând diferite slujbe inferioare în orașul Cluj, iar o parte considerabilă a populației maghiare din partea de sud-est a Plasei este angajată în diferite întreprinderi industriale sau alte lucrări particulare, în Cluj.

Situația economică a populației este în general slabă; proprietățile particulare sunt mici și pământul este de calitate inferioară. Neavând spiritul de întreprindere și de inițiativă în căutarea unor mijloace de traiu mai bogate, populația se mulțumește cu veniturile minimale ce le aduce averea moștenită dela părinți. De altfel la această stare de lucruri contribuie și spiritul puțin pretențios al populației, care în chestiuni de alimentație, locuință și îmbrăcăminte și-a redus pretențiile până la cea mai joasă limită ce se poate închipui. Din această cauză, chiar și gospodăria celor mai cu dare de mână diferă foarte puțin de a celor lipsiți. Pentru a avea o imagine clară a situației deplorabile în care se sbate această regiune, ne servește faptul că în bugetul comunelor pe anul 1931, care se ridică la suma de 5.256.000 Lei s'a încasat abia 2,354.463 Lei, iar pentru anii următori situația se prezintă și mai slab.

Din punct de vedere cultural situația se prezintă foarte puțin îmbucurătoare. Analfabetismul atinge cifra de 70% în comunele de munte și 20—30% în comunele de șes. Popula-

ția maghiară contribue la aceste cifre cu un număr mai redus decât românii. Comunele în marea lor majoritate sunt lipsite de o pătură intelectuală câtuși de mică iar puținele elemente conducătoare s'au manifestat foarte adesea în direcții cu totul de altă natură.

Organizația Sanitară.

(Înainte de înființarea Plasei San. Model).

Pe actualul teritoriu ocupat de Plasa Sanitară Model Gilău s'au aflat înainte de 1 Ianuarie 1931, 3 circumscripții sanitare rurale, fiecare având câte un medic. Aceste 3 circumscripții sunt: circumscripția Gilău, circumscripția Căpușulmare și circumscripția Săvădisla. Activitatea medicilor de circumscripție se desfășura mai ales în domeniul medicinei curative. În afară de aceasta, medicul, cu ocazia inspecțiilor sanitare, controla condițiile igienice ale comunelor din raza circumscripției sale, făcându-se cu această ocazie controlul sanitar al localurilor publice, al școlilor, al abatoarelor, străzilor, etc. În ce privește medicina preventivă se făcea foarte puțin; se controlau boalele infecto-contagioase pentru a se lua măsurile de izolare mai ales la domiciliu, pentru prevenirea contaminărilor. Au fost 4 moașe cu diplomă în comunele de centru, iar în restul comunelor n'au existat decât moașe empirice, fără nici o pregătire.

Au mai existat 2 medici practicieni particulari. Instituții sanitare ca: dispensare, spitale, sanatorii etc., n'au existat. De asemenea n'au existat nici surori de ocrotire nici agenți sanitari.

Am încercat să adunăm unele date referitoare la activitatea depusă de medicii de circumscripție pe o perioadă de câțiva ani înainte de înființarea Plasei. Din diferite tabele găsite am reținut cele referitoare la boalele sociale, sifilisul și tuberculoza, precum și date referitoare la boalele infecto-contagioase, deoarece aceste date dau o icoană destul de limpede a condițiilor de muncă și a organizării. Aceste date sunt însă lipsite de precizie; nu s'au putut aduna date suficiente pentru a putea urmări cu destulă exactitate procedura urmată de medici în anumite chestiuni cari ar fi interesante de cunoscut ca spre ex.: măsurile de profilaxie în caz de maladii infecțioase, controlul persoanelor de contact, izolarea tuberculoșilor, vizitarea lor la domiciliu, confirmarea diagnosticu-

lui clinic prin probe de laborator etc. Materialul de care ne-am servit a fost cules din archiva Serviciului Sanitar județean. Controlându-l însă la fața locului, în archiva medicilor de circumscripție s'au găsit în unele cazuri date contradictorii, iar în alte cazuri datele n'au putut fi controlate din lipsa de acte la archivă. Mai ales în ce privește sifilisul am fost mult surprinși de discordanța izbătoare între datele Serviciului Sanitar Județean și între cele din archiva medicilor.

În ce privește sifilisul, sunt trecute în tabele statistice 123 cazuri în anul 1927, iar în anul 1928, 104 cazuri. Nu s'a putut stabili câți dintre aceștia au urmat tratamentul medical și ce cantități de neosalvarsan sau alte preparate anti-sifilitice au fost administrate. Nu se cunoaște nici numărul reacțiilor Wassermann. Pentru anul 1929 sunt trecuți în tabele 445 sifilitici, iar dintre aceștia au urmat tratamentul 25 de persoane. S'au administrat 110 doze neosalvarsan și 530 doze de bismut. În 7 cazuri s'a făcut și reacția Wassermann. În anul 1930 se cunosc 450 sifilitici (adecă s'au descoperit 5 cazuri în cursul anului) și sunt luați sub tratament 39. S'au administrat 524 doze de preparate de bismut, 415 doze neosalvarsan și 35 doze mercur. În 5 cazuri s'a făcut și examenul sângelui.

Cea mai mare parte a cazurilor de sifilis se află în circumscripția Gilău, iar foarte puține cazuri în circumscripția Săvădisla.

Fără a împinge prea departe îndoiala noastră asupra exactității cifrelor de mai sus, azi dupăce am avut ocazia să studiem timp de 3 ani chestiunea sifilisului în multe amănunte, nu ne putem da seama ce mijloace s'au întrebuițat în stabilirea diagnosticului.

Sifilis manifest am găsit numai rareori și din datele statistice ale perioadei în chestiune rezultă acelaș lucru. În marea majoritate a cazurilor a fost sifilis latent. Ori, a stabili diagnosticul de sifilis latent, fără ajutorul laboratorului, numai din semne clinice, e procedură cam hazardată. Noi credem că diagnosticul de sifilis s'a pus cu prea mare ușurință. N'am putut dovedi însă acest lucru din cauza că în tabelele nominale este trecut numai un număr infim de mic de bolnavi sifilitici față de cifrele date.

Tabelele referitoare la tuberculoză dau 130 tuberculosici în anul 1927 cu 36 morți, în anul 1928 sunt 107 cazuri cu 22 decese, în anul 1929, 141 de cazuri cu 44 decese, iar în anul

1930, 116 cazuri cu 27 decese. Cifrele anuale includ atât cazurile vechi cât și cele descoperite în cursul anului.

Analize mai amănunțite a acestor date nu s'au putut face din lipsa informațiilor. Diagnosticul a fost fixat totdeauna clinic. Examinări de spută nu s'au executat.

Dăm mai jos un tablou reprezentând mișcarea epidemii-
lor pe anii 1926—1930.

Boala	1926		1927		1928		1929		1930	
	No. cazur.	No. dec.	No. cazur.	No. dec.	No. cazur.	No. dec.	No. cazur.	No. dec.	No. cazur.	No. dec.
Febră tifoidă .	1	1	20	3	33	2	3	—	5	—
Scarlatină . .	10	1	12	—	9	1	47	6	32	1
Rugeolă . . .	67	2	245	5	96	—	—	—	—	—
Difterie . . .	—	—	2	1	5	3	—	—	—	—
Tusă conv. . .	3	—	69	5	38	—	17	—	—	—
Disenterie . .	—	—	—	—	—	—	16	—	—	—

CAP. II.

Organizarea actuală a Plasei Sanitare Model Gilău

Plasa Sanitară Model Gilău cuprinde 4 circumscripții medicale și anume:

1. Circ. Gilău	cu 5 comune, numărul pop.	8.696
2. „ Săvădisla	„ 8 „ „	7.523
3. „ Căpușul-M.	„ 9 „	6.386
4. „ Rechetău	„ 3 „	5.113

Total: 25 comune, numărul pop. 27 718
după recensământul din 31 Decembrie 1930.

Din aceste 4 circumscripții sanitare 3 au existat la data înființării Plasei. Circumscripția Rechetău a fost creată la 1 Ianuarie 1931. Crearea acestei circumscripții a fost necesităată prin faptul că cele 3 comune cari compun această circumscripție se află la o distanță foarte mare de centrul circumscripțiilor cărora aparțineau până la data de mai sus (Muntele-rece aparținea circumscripției Gilău, iar celelalte 2 comune, Măguri și Mărișelu, aparțineau circumscripției Căpușul-mare). Afară de aceasta, căile de comunicație fiind extrem de anevoioase, erau aproape complet lipsite de orice asistență medicală. Prin înființarea acestei noi circumscripții populațiunea dela munte exclusiv românească a ajuns să aibă în imediata ei apropiere un serviciu sanitar, reducând distanțele de mai înainte cu minimum 22 km.

În fiecare din cele 4 circumscripții se află câte-o Casă de Ocrotire sub conducerea medicului de circumscripție, ajutat de o soră de ocrotire.

Casa de Ocrotire.

Casa de ocrotire este un așezământ comunal, care are scopul de a servi în deosebi în mediul rural ca instituție sa-

nită, de ocrotire și de educație a poporului. Prin ea și în ea se va acționa în toate ramurile principale ale sănătății publice, privind deci: tratamentul bolnavilor, combaterea bolilor infecțioase și sociale, ocrotirea mamei și a copilului, igiena școlară și în deosebi educația sanitară.

Pentru a putea corespunde acestor îndatoriri în modul cel mai perfect posibil, Casa de Ocrotire ar trebui să dispună conform Art. 150 din legea sanitară și de ocrotire: de un dispensar mixt pentru consultațiuni, cămin de zi pentru copii, o sală de ospitalizare pentru bolnavi (accidente, operații de urgență, faceri), baie duș, o sală de izolare pentru bolnavi infecțioși, birou administrativ și locuință pentru sora de ocrotire.

Cum însă atare organizațiune complectă nu se va putea realiza decât în condițiuni excepționale, tot legea sanitară și de ocrotire prin Art. 150 prevede că, această instituție poate să cuprindă toate cele enumerate mai sus, sau numai o parte dintr'însele, după posibilități. Este deci lăsată latitudinea de a acomoda organizația internă a Casei de Ocrotire împrejurărilor și în deosebi resurselor locale.

Lipsind una sau mai multe din părțile constituente ale unei Case de Ocrotire complect organizate, nu înseamnă că și problema sau problemele corespunzătoare vor fi neglijate în serviciul circumscripției. Dacă Casa de Ocrotire perfect organizată permite mai ușor și cu mai desăvârșit succes rezolvirea problemelor sănătății publice, poate satisface îndatoririle ei principale și atunci când este numai parțial înfăptuită.

Partea esențială și de o covârșitoare importanță a Casei de Ocrotire este dispensarul, de unde pleacă activitatea principală preventivă și educativă. Acesta este centrul real al activității sanitare și de ocrotire în circumscripție. Rolul dispensarului nu este numai de a se da consultațiuni bolnavilor, ci acolo va fi sediul oficial al medicului de circumscripție, acolo se vor examina gravide, copii, adulți, deacolo va porni pe teren personalul de ajutor al medicului pentru a-și desvolta activitatea preventivă, de control, asistența și educația la domiciliul țăranilor, reîntorcându-se cu date și observații, cari vor ținea în evidență faptele și factorii de importanță pentru cunoașterea stării și mișcării sanitare și de ocrotire din circumscripție.

Chiar și în această formă de dispensar complectat cu un

birou și o cameră pentru sora de ocrotire, Casa de Ocrotire își va putea îndeplini rostul ei principal. Fără acest nucleu instituțional, serviciul sanitar și de ocrotire nu va putea fi sistematizat în circumscripție și nu va putea da roadele cuvenite.

Celelalte părți ale Casei de Ocrotire înșirate în Art. 150 din lege, completează în mod secundar organizațiunea ei; ele sunt necesare pentru desăvârșirea operei, însă lipsa lor nu împiedică desfășurarea unei activități sistematice. Ele se



OFICIUL CENTRAL AL PLASEI ȘI CASA DE OCROTIRE DIN GILĂU

pot creia după posibilități deodată sau succesiv și se vor înfăptui cu siguranță atunci, când se va înțelege pe deplin rostul Casei de Ocrotire, când înfăptuirea inițială își va cere imperios completarea. Casa de Ocrotire va fi condusă de medicul sanitar (de circumscripție) ajutat de o soră de ocrotire, iar unde e posibil și de un agent sanitar, urmând ca și moașele din circumscripție să fie încadrate în programul de muncă.

Deci Casa de Ocrotire este centrul de sistematizare și desfășurare al activității în mediul rural.

În Plasa Sanitară Model Gilău Casele de Ocrotire nu au

fost încă completate conform prevederilor legii sanitare și de ocrotire din cauza condițiilor actuale financiare și a timpului prea scurt. Deocamdată aceste instituții sanitare dispun numai de un dispensar mixt și de o locuință pentru sora de ocrotire.

Problema plasării Caselor de Ocrotire a fost rezolvată în felul următor: în Gilău s'a pus la dispoziția Plasei din partea județului Cluj o casă, proprietatea județului, constând din



CASA DE OCROTIRE DIN RECHETĂU

7 camere, curte și grădină. Casa fiind într-o stare rea a fost reparată și transformată, tot cu ajutorul material al județului, ca să poată satisface nevoile noastre imediate. Dela 1 Ianuarie 1931 și până la așezarea definitivă în casa în care ne aflăm acum, Casa de Ocrotire și Oficiul central al Plasei au fost plasate într-o casă închiriată cu 5 camere, care nu putea corespunde însă condițiilor igienice ce se cer unei instituții model fiind foarte întunecoasă și umedă. Lucrările de reparație terminându-se în luna Iunie 1931, într-o cameră s'a instalat biroul Plasei, s'au amenajat 3 săli de consultație (1-a

pentru sugaci, preșcolari, școlari și dentistică, a 2-a pt. examinări prenatale și tratament anti-veneric iar a 3-a pt. consultațiile anti-tuberculoase), 2 săli de așteptare (o sală de așteptare pentru consultațiile anti-tuberculoase și alta pentru celelalte 2 săli de consultație), iar a 7-a cameră a fost întrebuințată pe un timp mai scurt ca depozit, apoi mai pe urmă a fost transformată în bucătărie cu scopul de a servi ca loc de demonstrație pentru mame la pregătirea laptelui de vacă.



SALA DE CONSULTAȚII DELA CASA DE OCROTIRE DIN RECHETĂU

pentru sugaci cu alimentație mixtă sau artificială, sau alte alimente prescrise de medic în diferite tulburări digestive infantile. În lipsa altei săli biroul surorilor de ocrotire (a soriei de ocrotire conducătoare și a soriei de ocrotire din Gilău) a fost plasat într'una din sălile de consultații.

În comuna Căpușul-mare în anii 1931 și 1932 Casa de Ocrotire a fost plasată într'o casă cu 2 camere dintre cari una a servit pentru consultații iar cealaltă de locuință soriei de ocrotire. În anul 1933 ivindu-se posibilitatea, s'a întregit

și cu o sală de așteptare. Chiria pentru camerele ocupate de casa de ocrotire este plătită de comunele aparținătoare circumscripției locale.

În comuna Săvădisla până în luna Octombrie 1931 am fost găzduiți în casa medicului de circumscripție, apoi am reușit să închiriem o casă cu 3 camere (una pentru sală de așteptare, a doua pentru consultațiuni și a treia pentru locuința sorei de ocrotire).

În circumscripția Rechetău condițiile de plasare au fost excepțional de grele. S'au închiriat 2 camere (pentru o sală de așteptare și consultațiuni), dar cu aceasta problema localului n'a fost rezolvată. Cele 2 camere închiriate au fost cu totul necorespunzătoare și nu era sigur că le vom avea pe timp mai îndelungat. Afară de aceasta nici medicul și nici sora de ocrotire nu și-au putut asigura condițiuni de plasare câtuși de modeste. Pentru a curma toate aceste neajunsuri s'a construit aici un edificiu cu 7 camere, cuprinzând o sală de așteptare, 1 sală de consultațiuni, locuință pentru medic și pentru sora de ocrotire.

Acest edificiu fiind isprăvit abia toamna târziu n'a fost predat întrebuințării decât la sfârșitul anului 1931.

Materialul lemnos necesar la edificarea acestei case de ocrotire ni-s'a pus la dispoziție în mod gratuit de către C. A. P. S. din depozitul Someșul-rece, iar cheltuielile bănești de construcție au fost suportate de către Plasa Sanitară Model Gilău din bugetul său pe anul 1931.

La aceste case de ocrotire se dau următoarele consultațiuni gratuite:

1. Casa de Ocrotire Gilău.

Consultații prenatale de 2 ori la lună.

- „ pt. sugaci de 2 ori la săpt.
- „ preșcolari de 2 ori la săpt.
- „ pt. dentistică de 3 ori la săpt.
- „ pt. tuberculoză odată la săpt.
- „ pt. venerii de 2 ori la săpt.
- „ pt. școlari odată la săptămână.

2. Casa de Ocrotire Săvădisla.

Consultații prenatale de 2 ori la lună.

- „ pt. sugaci odată la săpt.

- „ pt. preșcolari odată la săpt.
- „ pt. școlari odată la săpt.
- „ pt. venerii de 2 ori la săpt.
- „ pt. tuberculoză odată la săpt.

3. Casa de Ocrotire Căpușul-mare.

Consultații pentru sugaci odată la săpt.

- „ pt. preșcolari odată la săpt.
- „ pt. școlari odată la săpt.
- „ pt. venerii de 2 ori la săpt.
- „ prenatale de 2 ori la lună.

4. Casa de Ocrotire Rechetău.

Consultații prenatale de 2 ori la lună

- „ pt. sugaci odată la săpt.
- „ pt. preșcolari odată la săpt.
- „ pt. școlari odată la săpt.
- „ pt. tuberculoză odată la săpt.
- „ pt. venerii de 2 ori la săptămână.

Consultațiile se dau de medicii de circumscripție în zilele și orele fixate în program. La casa de ocrotire din Gilău și Săvădisla consultațiile anti-tuberculoase sunt conduse de medicul primar al sanatorului din Săvădisla.

Consultațiile pentru sugaci și preșcolari se dau de un medic specialist angajat în serviciul Plasei cu 3 zile la săptămână. Din cele 3 consultații pentru sugaci și preșcolari una se face în Gilău iar două în diferitele comune din Plasă prin rotație. Medicul dentist este angajat în serviciul Plasei cu 3 zile la săptămână, dând consultații într-o zi la Casa de Ocrotire Gilău, iar în celelalte 2 zile în diferitele comune din Plasă.

Personalul.

Personalul Plasei Sanitare Model Gilău se compune din:

1. 1 medic igienist de plasă.
2. 4 medici de circumscripție.
3. 1 soră de ocrotire conducătoare.
4. 5 surori de ocrotire.
5. 1 agent sanitar.
6. 1 secretar de birou.

7. 1 șofeur.

8. 2 oameni de serviciu.

Pe lângă acest personal contribuie la activitatea Plasei în anumite zile la săptămână 1 medic ftiziolog, 1 puericultor și 1 dentist.

Medicul igienist este conducătorul serviciului sanitar preventiv din plasă, organul tehnic executiv în cele mai importante probleme ale igienei aplicate și în acelaș timp șeful ierarhic al întregului personal tehnic din cuprinsul plasei.

Are obligațiunea de a supraveghia și îndruma din punct de vedere tehnic și în limitele dictate de interesul general al sănătății publice ori ce altă instituțiune sanitară și de ocrotire, publică sau particulară aflătoare pe teritoriul Plasei Sanitare. Are conducerea în tot ceea ce privește sănătatea publică din Plasă, organizează și sistematizează serviciul preventiv, fixează programul de muncă pentru circumscripții, participă și veghiază la executarea lui, intervine pe teren ori de câte ori împrejurările o cer, mai ales unde competența, autoritatea și răspunderea medicilor de circumscripție încetează. Apreciază și califică activitatea organelor în subordine, concentrează rapoartele acestora și înaintează datele prelucrate medicului primar de județ.

Dă atenție specială problemelor : ocrotirea mamei și a copilului, supravegherea și examinarea periodică a copiilor școlari, educația fizică și morală a tineretului, veghează la combaterea tuturor bolilor sociale. Are toată grija pentru o cât mai intensă educație igienică a populației.

Verifică diagnosticul bolilor infecțioase și în caz de nevoie la fiecare bolnav în parte, insistă pentru confirmarea prin laborator a diagnosticului etiologic, conduce anchetele epidemiologice având sarcina de a depista toate sursele de infecțiuni și de a elucida căile de propagare. Este responsabil de executarea corectă a vaccinărilor sau a altor măsuri colective, supraveghează desinfecția continuă și terminală precum și izolarea bolnavilor și a persoanelor de contact, are răspunderea măsurilor luate când o boală infecțioasă se declară într'o școală sau într'o altă aglomerațiune de persoane; conduce deci efectiv și răspunde de combaterea boalelor infecțioase. Organizează asistența socială a familiilor dependente. Acționează în deosebi în domeniul salubrității publice și al igienei alimentare, în conformitate cu îndatoririle impuse de

lege. Are toată grija pentru o cât mai igienică aprovizionare cu apă potabilă și pentru îndepărtarea murdăriilor.

Intervine la autoritățile locale pentru a acorda pe lângă concursul moral și concursul bugetar al comunelor în lucrările cari privesc sănătatea publică. Organizează sistemul de înregistrare și urmărire a faptelor și factorilor de importanță pentru sănătatea publică și conduce fișierul central al Plasei.

Medicul de circumscripție conduce Casa de ocrotire în care și prin care activează în toate ramurile sănătății publice în circumscripția sa fiind ajutat de sora de ocrotire, agentul sanitar și moașă. Medicul de circumscripție este un organ eminent curativ, având ca îndatorire principală tratarea bolnavilor. Stă în strânsă legătură cu medicul igienist de Plasă — care are răspunderea preventivă — raportându-i toate chestiunile mai importante pentru a lua măsurile necesare de comun acord.

Sora de ocrotire conducătoare ajută medicul igienist în sistematizarea, îndrumarea și controlul activității surorilor de ocrotire din Plasă. Pe lângă acestea ia parte la activitatea Casei de ocrotire din Gilău, inițiază și introduce în toate ramurile de activitate elevele Școalei Surorilor de Ocrotire din Cluj precum și surorile de ocrotire cari vin pentru stagiu la această Plasă.

Surorile de ocrotire lucrează sub conducerea medicilor de circumscripție cărora le sunt atașate. Atribuțiunile lor se extind asupra tuturor ramurilor sănătății publice și în special asupra educației practice în igienă a populației. Surorile de ocrotire sunt cele mai prețioase colaboratoare ale medicilor în toate ramurile de activitate. Aportul lor în munca noastră din această Plasă se va vedea în descrierea fiecărui capitol de activitate.

Putem afirma că sora de ocrotire este un auxiliar și colaborator indispensabil oricărui serviciu sanitar conștient de răspunderile ce le are față de binele obștesc.

Agentul sanitar care ține locul oficianului sanitar, este organul auxiliar în domeniul salubrității publice și a controlului alimentelor și băuturilor. El poartă evidența localurilor publice și de consumație, a fântânilor, a latrinelor și a tuturor instalațiunilor de aprovizionare cu apă. El culege informațiuni și raportează despre toate cele constatate medicului igienist de Plasă. După indicațiunile medicului igienist asistă și îndrumă construcțiile de fântâni publice și particu-

lare precum și construcția latrinelor școlare sau particulare.

Supraveghează școlarii de sex bărbătesc la baia școlară din Gilău. Execută desinfecțiile terminale sub îndrumarea și controlul medicului igienist de Plasă.

Oficiantul sanitar este deci un organ auxiliar al medicului igienist de Plasă, care se ocupă cu problemele de salubritate publică și controlul alimentelor și băuturilor. Atribuțiile vechiului agent sanitar privind depistarea și îngrijirea bolnavilor infecțioși și suferind de boli sociale au trecut în atribuțiile sorei de ocrotire, care e mai indicată a îndeplini acest serviciu, având o pregătire mai superioară.

Secretarul dela Oficiul central al Plasei este încredințat cu lucrările curente de birou, ținerea în ordine și conducerea registrelor, inventarului, diferitelor dosare și face lucrări statistice sub îndrumarea medicului igienist.

Șoferul are răspunderea asupra menținerii în ordine și în perfectă stare de funcționare nu numai a automobilului Plasei ci și a grupului electro-motor (pentru aparatul Roentgen) precum și a motorului dela baia școlară din această Plasă.

Dintre cei 2 oameni de serviciu unul este la Casa de ocrotire și biroul Plasei din Gilău, celalalt la Casa de ocrotire din Rechetău. Ei au răspunderea curățeniei și pazei de noapte dela serviciile lor.

Mijloace de locomoțiune.

Ca mijloace de locomoțiune dispunem de: un automobil Ford, un cal pentru călărit, și 3 biciclete. Automobilul a fost cumpărat din subvenția primită dela Fundația Rockefeller pe anul 1931 și servește pentru deplasările necesare cu ocazia: epidemiilor, inspecțiilor, vaccinărilor, precum și pentru transportul medicului ftiziolog, medicului pediatru și al medicului dentist la consultațiile ce se fac în cuprinsul Plasei. Calul este pus la dispoziția medicului și a sorei de ocrotire din circumscripția Rechetău, unde condițiunile de deplasare sunt extrem de grele, din cauza distanțelor mari și mai ales din lipsa altor căi de comunicație decât poteci înguste. Bicicletele sunt repartizate câte una la Casele de ocrotire din comunele: Gilău, Săvădisla și Căpușul-mare și servesc la deplasarea surorilor de ocrotire în comunele învecinate cu ocazia vaccinărilor BCC și a vizitelor la domiciliu. Toate aceste mijloace de locomoțiune servesc exclusiv pentru deplasările făcute în interes de serviciu.

B u g e t u l

Plasa Sanitară Model Gilău a avut următoarele bugete:

Pe anul 1931.

I. Personal

1. Salarii.

Proveniența fondurilor

Stat și județ	801.720.—	
Fundațiunea Rockefeller	401.300.—	1.203.020.—
	<u>1.203.020.—</u>	

II. Material.

2. Transport.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	42.000.—	
Fundația Rockefeller	199.237.—	241.237.—
	<u>241.237.—</u>	

3. Intreținerea Caselor de ocrotire.

Proveniența fondurilor

Stat și județ	160.000.—	
Fundația Rockefeller	60.000.—	220.000.—
	<u>220.000.—</u>	

4. Intreținerea oficiului.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	40.000.—	
Fundația Rockefeller	40.000.—	80.000.—
	<u>80.000.—</u>	

5. Lucrări de sanitație.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	230.000.—	
Fundația Rockefeller	70.000.—	300.000.—
	<u>300.000.—</u>	

6. Neprevăzute.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	40.000.—	
Fundația Rockefeller	14.113.—	54.113.—
	<u>54.113.—</u>	

Total general : 2.098.370.—

Pe anul 1932.

I. Personal

1. Salarii.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	806.220.—	
Fundația Rockefeller	434.400.—	1.240.620.—
	<u>1.240.620.—</u>	

II. Material.

2. Transport.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	62.000.—	
Fundația Rockefeller	60.000.—	122.000.—
	<u>122.000.—</u>	

3. Intreținerea Caselor de ocrotire.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	150.000.—	
Fundația Rockefeller	50.000.—	200.000.—
	<u>200.000.—</u>	

4. Intreținerea oficiului.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	30.000.—	
Fundația Rockefeller	10.000.—	40.000.—
	<u>40.000.—</u>	

5. Lucrări de sanitație.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	310.000.—	
Fundația Rockefeller	100.000.—	410.000.—
	<u>410.000.—</u>	

6. Neprevăzute.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	19.310.—	
Fundația Rockefeller	10.000.—	29.310.—
	<u>29.310.—</u>	

Total general : 2.041.930.—

Pe anul 1938.

I. Personal.

1. Salarii.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	707.940.—	
Fundația Rockefeller	333.000.—	1.040.940.—
	<u>1.040.940.—</u>	

II. Material.

2. Transport.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	60 000.—	
Fundația Rockefeller	60.000.—	120.000.—
	<u>120.000.—</u>	

3. Întreținerea Caselor de ocrotire.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	92.956.—	
Fundația Rockefeller	40.000.—	132.956.—
	<u>132.956.—</u>	

4. Întreținerea oficiului.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	40.000.—	
Fundația Rockefeller	20 000.—	60 000.—
	<u>60.000.—</u>	

5. Lucrări de sanitație.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	420.000 —	
Fundația Rockefeller	40.000 —	460.000.—
	<u>460.000.—</u>	

6. Neprevăzute.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	10.000.—	
Fundația Rockefeller	2.000.—	12.000.—
	<u>12.000.—</u>	

Total general: 1.825.896.—

Pc anul 1934.**I. Personal.****1. Salarii.**

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	766.000.—	
Fundația Rockefeller	213.000.—	979.000.—
	<u>979.000.—</u>	

II. Material.**2. Transport.**

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	90.000.—	
Fundația Rockefeller	42.000.—	132.000.—
	<u>132.000.—</u>	

3. Intreținerea Caselor de ocrotire.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	130.000.—	
Fundația Rockefeller	27.000.—	157.000.—
	<u>157.000.—</u>	

4. Intreținerea oficiului.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	50.000.—	
Fundația Rockefeller	10.000.—	60.000.—
	<u>60.000.—</u>	

5. Lucrări de sanitație.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	357.500.—	
Fundația Rockefeller	36.000.—	393.500.—
	<u>393.500.—</u>	

6. Neprevăzute.

Proveniența fondurilor.

Stat și județ	11.602.—	
Fundația Rockefeller	2.000.—	13.602.—
	<u>13.602.—</u>	

Total general : 1. 735.102.—

Bugetul Plasei este împărțit în capitole și articole după felul cheltuelilor ce sunt necesare pentru organizarea și susținerea Plasei.

Art. 1 Salarii: Suma dela acest articol cuprinde salariile precum și celelalte indemnizații ce primesc: 1 medic igienist, 4 medici de circ., 3 medici de ambulator (1 medic ftiziolog, 1 medic pediatru, 1 medic dentist) 6 surori de ocrotire, 1 secretar, 1 agent sanitar, 1 șofeur și 2 oameni de serviciu.

Aceste cheltueli existau în parte și înainte de înființarea Plasei, căci dela această dată articolul acesta s'a mărit numai cu salariile și indemnizațiile ce primesc: 1 medic igienist, 3 medici de ambulator, 1 secretar, 1 șofeur și 2 oameni de serviciu, restul personalului existând și înaintea înființării Plasei.

Art. 2. Transport: Din suma prevăzută la acest articol, cu aprobarea Fundației Rockefeller s'a cumpărat un automobil „Ford” pentru uzul serviciului Plasei, cu suma de 150.000 Lei. S'a mai cumpărat un cal împreună cu echipamentul necesar pentru călărie precum și o trăsură pentru circumscripția Rechetău, unde posibilitățile de comunicație sunt excesiv de grele. S'au mai cumpărat încă 3 biciclete pentru uzul celorlalte 3 Case de Ocrotire. Tot din prevederile acestui articol se fac cheltuelile de susținere și reparare a mijloacelor de transport. Din suma primită la acest articol din Partea Fundației Rockefeller, în fiecare an se depune o sumă de 37.250 Lei pentru adunarea capitalului necesar cumpărării unui automobil nou când actualul nu va mai fi uzabil.

Art. 3. Intreținerea Caselor de Ocrotire: Suma dela acest articol servește pentru înzestrarea Caselor de Ocrotire cu mobilier, instrumente și medicamente necesare. Astfel pentru mobilierul necesar în sălile de așteptare și de consultație dela Casele de ocrotire din Plasă s'a cheltuit suma de 200.000 Lei. Pentru complectarea și instalarea grupului electrogen și a aparatului Roentgen s'a cheltuit suma de 50.000 Lei. Tot din suma acestui articol s'a suportat edificarea Casei de Ocrotire din Rechetău, cheltuindu-se suma de 80.000 Lei. Construirea garajului și magaziei dela sediul Plasei 20.000 Lei. Se achită chiriile Caselor de Ocrotire din Săvădisla și Căpușul Mare.

Art. 4. Cheltueli de birou: Suma prevăzută la acest articol servește pentru procurarea de material de birou, se suportă cheltuelile ce survin cu procurarea și tipărirea fișelor medicale și de supraveghere, a diferitelor rapoarte și registre

bugetară ar putea fi suficientă să deservească necesitățile unei populații cu dublă densitate, față de cea prezentă, ceea ce în acest caz ar reduce la jumătate cota de cheltueli pe cap de locuitor. În consecință o Plasă similar organizată și cu acelaș teritoriu însă cu o densitate mai mare ca cea din Gilău și fără îndatoriri instructive, ar costa mult mai puțin. Că spesele de organizare și funcționare ale Plasei noastre sunt totuși minimale, o dovedește însuși faptul că Fundația Rockefeller recomandă, celor cari doresc să studieze organizarea unei instituțiuni similare, pe cea din Gilău, ca pe una mai puțin costisitoare, în comparație cu cele existente în străinătate.

Aceste cifre, a căror exactitate poate fi oricând controlată, arată că organizația sanitară rurală, așa cum este fixată în legea sanitară și care formează partea ei de bază, poate fi realizată, deci legea poate fi aplicată, fără sacrificii deosebite din punct de vedere bugetar. Dovedesc mai departe aceste constatări, cât de neîntemeiate, voit sau nevoit falsificate sunt argumentările aceloră, cari susțin că, legea sanitară este inaplicabilă din motivul, că ar recere multe miliarde peste bugetul actual.

CAP. III.

Activitatea Caselor de Ocrotire și activitatea pe teren în Plasa Sanitară Model Gilău.

Este evident că o muncă sistematică n'a putut fi desfășurată dela începutul înființării Plasei. Pe de-o parte ne-au stat în cale greutățile de plasare, — despre cari am vorbit mai sus — pe de altă parte a fost nevoie de un timp oarecare pentru a se studia problemele mai importante, cari reclamă ajutor urgent. Metodele de lucru au fost în mare parte noi; a trecut mult timp, până ce ne-am familiarizat cu ele și ici colo a fost nevoie să le adaptăm, sau să le creem după condițiile locale. A trebuit să treacă un timp oarecare, până ce populația a luat cunoștință despre existența și scopul acestui nou așezământ, pentru a ni-se putea adresa în caz de nevoie. Ne-a răpit un timp prețios stabilirea exactă a liniilor și limitelor activității surorilor de ocrotire și n'am putea spune, că a fost tocmai ușoară fixarea raporturilor de serviciu ce trebuie să fie între medic și sora de ocrotire.

Din cauza acestor multiple împrejurări nu s'a desfășurat o activitate sistematică, decât în jumătatea a doua a anului 1931. Din acest motiv datele privitoare la acest an, expuse în diferite părți ale acestei lucrări, trebuiesc privite ca atare, rezumând munca ultimei jumătăți de an, prima jumătate fiind mai mult o muncă de sondare și încercare.

În cele ce urmează vom da o descriere a normelor de procedare în diferite probleme ale sănătății publice, precum și activitatea depusă în jurul acestor probleme în cei 3 ani de activitate. Începem cu supravegherea medicală și preventivă a gravidelor.

1. Supravegherea gravidelor.

Din punct de vedere medical și social acest capitol formează una dintre grijile principale ale Plasei noastre.

Următoarele principii formează baza metodelor noastre de lucru în legătură cu supravegherea gravidelor:

a) *Depistarea gravidelor.*

Depistarea și îndrumarea gravidelor pentru examinare în majoritatea cazurilor rămâne în sarcina sorii de ocrotire și mai rar în sarcina moașei.

Prin contactul zilnic și continuu cu populația, sora de ocrotire are posibilitatea de a depista cea mai mare parte a gravidelor. Un ajutor în depistarea cazurilor, este dat de către moașa comunală, care are datoria de a încunoștiința sora de ocrotire despre toate gravidele noi pe cari dânsa în urma ocupațiunii este în măsură să le descopere; este o metodă care s'a dovedit bună, căci pe lângă un ajutor real dat în descoperirea gravidelor, se vede încrederea populației în moașă și totodată și atenția ce moașa depune în îngrijirea gravidelor.

Numărul mai însemnat de gravide îl descopere însă tot sora de ocrotire cu ocazia vizitelor la domiciliu, prin informațiile dela rude, vecini sau cunoscuți.

Nu arareori chiar și dispensarul ne ajută în câștigarea de noi cazuri pentru consultațiile prenatale. Dela femeile cari vin la consultațiile venerice, tuberculoză sau dela cari își aduc copiii pentru examinare sau control, cu ocazia luării antecedentelor, adesea primim indicii directe sau indirecte de graviditate.

Dacă această activitate se desfășoară astfel încât gravidele să înțeleagă că, în urma acestor examinări au un ajutor real, dispensarul câștigă în ele cele mai eficace propagandiste pentru a mări numărul consultațiilor prenatale. Dealtfel cu orice ocazie sfătuim gravidele luate în evidență, să încerce să convingă pe semenele lor de a profita de ajutorul nostru.

b) *Urmărirea gravidelor din punct de vedere preventiv.*

Toate gravidele despre cari sora de ocrotire are cunoștință, sunt vizitate la domiciliu. Aceste vizite, se fac de regulă odată la lună la începutul sarcinei, de 2 ori sau chiar și de mai multe ori în ultimele luni ale sarcinei. În principiu gravidele lipsite de asistență medicală (cele cari refuză examinarea medicală) sunt mai des vizitate de sora de ocrotire.

Cu ocazia acestor vizite sora de ocrotire dă gravidei noțiuni generale și practice în legătură cu graviditatea, actul

nașterii și primele îngrijiri necesare noului născut. Recomandă curățenia corporală cât mai deasă prin băi parțiale sau totale, toaleta părților genitale prin spălături externe zilnice cu apă caldă și săpun, recomandând totodată o alimentație mai bogată și mai variată, amintind importanța scaunelor regulate și zilnice. Cere deslușiri la felul preparării mâncărilor și îndrumă, sau în caz de lipsă demonstrează pregătirea rațională și igienică a meselor. Combate întrebuițarea băuturilor alcoolice și a condimentelor în exces.

Insistă asupra igienei locuinței, dând îndrumări referitoare la: curățenia de păstrat în casă, aerisirea deasă prin ușă și ferestre, îndepărtarea din geamuri a perdelelor prea dese, a florilor sau a altor obiecte care împiedecă intrarea liberă a razelor solare.

Incearcă să elimine din îmbrăcămintea gravidei tot ce nu e necesar sau vătămător pentru ea. Astfel obiceiul de a strânge prea mult hainele în jurul brăului, purtarea pieptarelor prea strânse cari împiedecă respirația normală, întrebuițarea legătoarelor de ciorapi prea strânse și înguste sau a altor părți din îmbrăcămintă cari nu sunt necesare.

Îse explică gravidei efectul bun al mișcărilor regulate și zilnice în aer liber. Se accentuează primejdia muncii excesive recomandându-se moderarea ei.

Se dau îndrumări referitoare la lingerie necesară pe timpul facerii și la rufăria noului născut.

Se combate obiceiul înrădăcinat în populația noastră de a naște pe pământ și nu în pat.

Se atrage atenția gravidei asupra diferitelor semne cari ar putea indica anomalii sau complicații ale gravidității cum sunt: metroragiile, edemele, convulsunile, durerile abdominale, varicele etc. Și atrăgându-se atenția asupra acestora se explică gravele consecințe ce pot avea dacă nu sunt văzute și controlate cât de neîntârziat de medic.

Se aduc exemple despre deseoftalmii ale noilor născuți precum și despre urmările acestora și se sfătuiește grvida ca să ceară aplicarea picăturilor de azotat de argint din partea moașei. Cu ocazia fiecărei vizite, sora de ocrotire insistă asupra necesității controlului medical și invită grvida la consultațiile prenatale. În cazul că pe lângă toate insistențele depuse grvida refuză controlul medical, se continuă vizitele la domiciliu. Refuzul controlului medical este motivat

în majoritate de către gravide prin gena ce o au de această examinare.

Unele sunt dispuse să vadă în tulburările legate de sarcină ceva foarte natural și nu vor să se convingă despre necesitatea controlului medical.

Un număr destul de mare al gravidelor se simte foarte bine în tot timpul sarcinei; evită deci dispensarul, căci nu-î vede necesitatea.

În cazurile unde situația economică a familiei este sub limita posibilităților de a asigura condițiile igienice elementare, distribuim mici ajutoare, ca săpun sau împrumutând lingerie de pat pe timpul nașterii și al lehuziei. Acolo unde femeia gravidă sau lehuză are dreptul la un ajutor legal (ajutorul de lehuzie sau alăptare) se iau măsurile pentru primirea acestor ajutoare. De asemenea se intervine la organele administrative pentru a da tot concursul social moral și material, posibil, gravidelor și lehuzelor.

c) Examinarea gravidelor.

Înainte de examinarea medicală, se ia un interogatoriu exact asupra antecedentelor ereditare și personale. Se insistă mai ales asupra tuberculozei și sifilisului. Se iau date, în baza cărora se poate bănuî rachitismul gravidei în copilărie. Se notează data primei menstruații și caracterul celor ulterioare. La multipare se iau datele referitoare la nașterile anterioare, asupra eventualelor avorturi sau complicații. Se notează și stabilesc momentele cari interesează sarcina actuală: data și caracterul ultimei menstruații și primele mișcări fetale, calculându-se data aproximativă a nașterii. După luarea antecedentelor se trece la examenul fizic general examinându-se mai ales pulmonii, cordul, vasele sanguine și rinichiul. Examinarea ginecologică propriu zisă include: examenul sânilor, abdomenului, vulvei și vaginului, măsurarea diametrelor basinelui, starea și mărimea uterului, tensiunea pereților și în cazuri mai avansate angajarea și prezentația fătului cât și bătăile cordului fetal.

Examinări interne nu se fac numai dacă sunt indicații serioase și gravida nu se opune acestei examinări. Examinările de laborator se fac cu ocazia fiecărei vizite medicale și anume: se examinează urina căutându-se albumina, puroiul, zahărul și sedimentul. În caz de scurgeri se fac frotiuri pen-

tru evidențierea gonococilor. Dela fiecare gravidă se recoltează sânge pentru reacția Wassermann. După aceste examinări trecem gravida și la dispensarul anti-tuberculos, pentru examenul radiologic al pulmonilor.

În cazul când toate aceste examinări nu au evidențiat nimic patologic, având toate indicațiunile pentru un prognostic favorabil, se explică gravidei din partea medicului și a sorii de ocrotire rostul acestor examinări precum și necesitatea revenirii pentru examinări ulterioare la intervale indicate, căci în cursul sarcinei se pot ivi complicații cari ar putea periclita sarcina sau facerea. Totodată se dau și instrucțiuni necesare în legătură cu regimul igienico-dietetic al sarcinei.

În caz de sifilis se începe imediat tratamentul antisifilitic având grijă ca gravida să urmeze regulat tratamentul.

Dacă gravida suferă de tuberculoză pulmonară se va încerca plasarea ei într'un spital sau sanatoriu, ori va rămâne la domiciliu sub supravegherea medicală a dispensarului urmând să fie examinată la intervale dese.

În acest caz bolnava va fi des vizitată la domiciliu de sora de ocrotire, unde pe lângă sfaturile și îndrumările referitoare la igiena gravidității i-se face și educația pentru îngrijirea specială de care are nevoie. Ori de câte ori avem în urma examenului medical bănuiala că nașterea ar putea fi dificilă sau se prevede că va fi nevoie de o intervenție medicală mai serioasă, se propune internarea ei într'o clinică sau spital de specialitate.

Consultațiile prenatale.

În anul 1931 s'au ținut 41 ședințe cu 24 ore de lucru. S'au dat în total 61 consultațiuni și s'au înscris 44 gravide. Procentul femeilor gravide examinate în întreagă Plasa, față de numărul total al nașterilor din decursul anului, este de 4.9%. Natural în acest prim an de activitate gravidele din marea majoritate a comunelor nu au putut beneficia de aceste consultațiuni. Cifrele de mai sus trebuie raportate în mare parte la gravidele din comunele de reședință ale caselor de ocrotire.

Surorile de ocrotire au făcut 183 vizite la domiciliu pentru gravide, adică 4.0 vizite pentru fiecare gravidă examinată sau 3.0 vizite pentru fiecare consultație.

În anul 1932 s'au ținut 115 ședințe cu 67 ore de lucru. S'au dat în total 224 consultațiuni și s'au admis 136 cazuri

noi. Față de anul anterior numărul consultațiilor arată o creștere de 267%, iar numărul cazurilor nou admise o creștere de 209%. Făcând raportul între numărul gravidelor examinate în decursul anului și numărul nașterilor, obținem rata de 14.5%. Dintre gravidele examinate, 4% au prezentat fenomene patologice serioase. Toate aceste cazuri au fost îndrumate la spital și au născut acolo.

Surorile de ocrotire au făcut 458 vizite la domiciliu pentru gravide, adică 3.3 vizite pentru fiecare caz nou sau 2 vizite pentru fiecare consultație.

În anul 1933 s'au ținut 130 ședințe cu 60 ore de lucru. S'au dat în total 242 consultații admitându-se 156 cazuri noi. Față de anul 1932 avem o creștere de 8.5% la numărul consultațiilor și o creștere de 14.7% la numărul cazurilor nou admise. Față de anul 1931 avem o creștere de 296.5% la numărul consultațiilor și o creștere de 254.5% la numărul cazurilor nou admise. Făcând raportul între numărul gravidelor examinate în decursul anului și între numărul nașterilor, aflăm că 18.5% a femeilor gravide au avut asistență prenatală față de 14.5% din 1932 și față de 4.9% din 1931. La examenul medical s'au descoperit semne serioase de îmbolnăvire în 6% a cazurilor, restul ne reprezentând nimic patologic. Gravidele cari prezentau semne de îmbolnăvire și se prevedea necesitatea unei intervenții mai mari, au fost îndrumate la spital. Dintre gravidele cari au născut la domiciliul lor, nici una n'a avut nevoie de vr'o intervenție medicală, și n'a survenit nici un caz de febră puerperală sau moarte maternă.

Surorile de ocrotire au făcut 656 vizite la domiciliu pentru gravide, ceea ce dă 4.2 vizite pentru fiecare caz nou admis sau 2.4 vizite pentru fiecare consultație.

Consultațiile prenatale în anii 1931—1933.

Anul	Numărul ședințelor	Nr. orelor de lucru	Nrul noller admiși	Nr. total al consult.	Vizite la domiciliu
1931	41	24 ²⁰	44	61	183
1932	115	67	136	224	458
1933	130	60 ¹⁰	156	242	656
Total:	286	151 ³⁰	336	527	1297

Numărul relativ mic al consultațiilor prenatale, în comparație cu celelalte consultațiuni, se explică prin faptul că, aceste consultații au fost cu totul neobișnuite în mediul rural.

Introducerea lor pretinde o educație îndelungată a femeilor pentru a înțelege rostul acestor examinări.

Această nouă ramură de activitate în plasa noastră a dat rezultate mulțumitoare, reducând mortalitatea maternă, precum și avorturile spontane repetate în caz de sifilis, obținându-se nașteri normale, în urma tratamentului aplicat.

2. Îngrijirea sugacilor.

Îngrijirea sugacilor reprezintă una dintre ramurile cele mai importante ale activității noastre. De altfel în orice serviciu sanitar cu un dispensar mixt, îngrijirea sugacilor ocupă locul prim în importanță, ceea ce își află o explicație firească și naturală. Vârsta dela naștere până la 2 ani este cea mai periclitată și oferă cele mai multe și mai complicate probleme de rezolvat. Aceste probleme sunt cu atât mai multiple și mai complicate în mediul rural, și mai ales într'un mediu rural ca al nostru, cu cât importanța îngrijirii copilului mic n'a fost câtuși de puțin înțeleasă. Într'adevăr grija ce se pune în jurul copiilor se reduce aici la lucruri extrem de puține. Imbrăcat în hăinuțe sumare, cari mai repede ar putea fi numite zdrențe, copilul este trecut repede la alimentație mixtă pentru a scăpa pe mamă de gândul alăptării și îndată ce se poate târî pe pământ este dat în grija unui frate sau surori, care de cele mai multe ori e numai cu puțin mai mare decât sugaciul căruia trebuie să-i poarte grija. Sufletește părinții sunt puțin legați de copiii lor — cel puțin la această vârstă. Dacă el se desvoltă și crește este mai mult meritul soartei, decât al îngrijirii părintești.

Evident în astfel de condițiuni, dispensarul obișnuit cu consultațiile periodice și cu îndrumările terapeutice, ar avea o valoare cu totul redusă. Atâta timp cât îngrijirea copilului rămâne la un nivel atât de inferior și nerațional cum e în general, consultația medicală singură nu va putea aduce decât o îmbunătățire minimă în starea de sănătate a copilului. Aceste considerațiuni au servit ca bază pentru elaborarea programului nostru de muncă în îngrijirea sugacilor care se grupează în următoarele puncte:

a) *Supravegherea preventivă a copiilor de sân.*

Supravegherea la domiciliu a sugacilor se face de către sora de ocrotire și începe imediat după naștere. Concomitent

cu introducerea vaccinării B. C. G. este dată posibilitatea de a cunoaște fiecare caz de naștere. Aceste vaccinări, într'un număr considerabil de cazuri, deschid contactul între sora de ocrotire și familie. Astfel sora de ocrotire are posibilitatea de a începe educația igienică a mamei, cu privire la îngrijirile ce ea trebuie să le depună în jurul și în interesul noului născut. Intr'adevăr în același timp cu administrarea vaccinului, sora discută cu mama rând pe rând toate chestiunile cari



SALA DE AȘTEPTARE, PRIMIREA SUGACILOR LA CASA
DE OCROTIRE DIN GILĂU.

au vre-o importanță în îngrijirea conștiincioasă și rațională a noului născut. Astfel sora se interesează dacă s'au administrat sau nu copilului picăturile de azotat de argint din partea moașei, examinând totodată copilul din punct de vedere al dezvoltării. Controlează legarea cordonului ombilical și dă indicații asupra îngrijirilor de urmat, insistând mai ales asupra curățeniei în jurul plăgii.

Demonstrează felul cum trebuie înfășat copilul și explică efectul vătămător al înfășării prea strâmte.

Indică detalii asupra hăinițelor și rufăriei copilului. Pentru acest scop sora duce cu sine cu ocazia primei vizite modele din trusoul strict necesar copilului (o cămășuță și scutece făcute din material cât se poate de ieftin).

Se ocupă de leagănul copilului, impune primenirea lui cât de deasă și o sfătuiește pe mamă să lase copilul să doarmă și peste noapte în el, în loc de a-l lua lângă dânsa în pat.

Se explică părinților că sărutarea noului membru al familiei — mai ales pe gură — este un gest cât se poate de periculos pentru copil, fiind calea cea mai frecventă în transmiterea maladiilor.

În același timp se discută problema alimentației copilului. Se explică mamei toate inconvenientele și relele ce le cauzează alimentația neregulată, accentuându-se avantajul meselor la ore fixe, cari asigură o dezvoltare normală a copilului și lasă mamei între sugeri timp liber, pentru a se ocupa și de alte treburi în jurul casei.

Se combate obiceiul neigienic și rău al mamelor de a da în gura sugaciului între sugeri bucăți de cârpă muiate în zahăr, capișoane de biberon sau alte obiecte. Sora nu va uita să atragă atenția mamei că sugaciul trebuie îmbăiat zilnic, demonstrând felul cum trebuie îmbăiat și dă îndrumările necesare.

În cazurile de alimentație mixtă sau artificială se depistează cauza pentru care s'a recurs la acest mijloc de alimentație. Când trecerea la alimentația artificială este de dată recentă, se insistă pe lângă mamă să facă tot posibilul să revină la alăptarea la sân, explicându-se pericolele alimentației artificiale pentru viața copilului. Dacă alăptarea naturală nu este posibilă sub nici un motiv și mai ales după ce vizita medicală a stabilit necesitatea alăptării mixte sau artificiale sora ajută la prepararea laptelui de vacă la domiciliu în fața mamei dând deslușirile necesare conform prescripției medicale. Se procedează astfel 2—3 zile până ce mama și-a însușit destulă îndemănare în procedeu. Totuși în cazurile unde sora are convingerea că aceste măsuri nu vor fi sau nu vor putea fi observate cu destulă conștiinciozitate, laptele se prepară la bucătăria dela Casa de Ocrotire și se distribuie în sticle Soxhlet. Și în acest caz procurarea laptelui rămâne în sarcina familiei.

Principial fiecare copil este văzut la domiciliu de 3 ori în primele 10 zile, de 2 ori la lună în primul sfert de an, și

odată la lună în restul anului. Cum însă urmărirea sistematică a tuturor sugacilor din toate comunele accesibile sorei trece peste putințele ei, sora trebuie să facă un triaj rațional al copiilor în sensul că va supraveghia în special sugacii cari necesită mai imperios ajutorul ei, în urma împrejurărilor puțin favorabile în cari trăesc. Copiii familiilor relativ mai bine situate sunt ^{mai} puțini mai rar, în schimb vizitele sunt mai dese la cei a căror mamă este bolnavă sau neputincioasă, la orfani, la cei părăsiți și la cei bolnavi.

Pe măsură ce aceste vizite devin mai intime, mai înțelese pentru cei din casă, sora de ocrotire va căuta să insiste asupra tuturor chestiunilor care privesc în mod direct sau indirect soarta copilului. Astfel va insista asupra igienei locuinței cu toate problemele ei: ventilație, curățenie, lumină solară etc., asupra alimentației mamei în timpul alăptării și asupra tuturor chestiunilor care se prezintă din caz în caz. În general vizitele surorilor de ocrotire nu au un program rigid ci se adaptează condițiilor în care se lucrează.

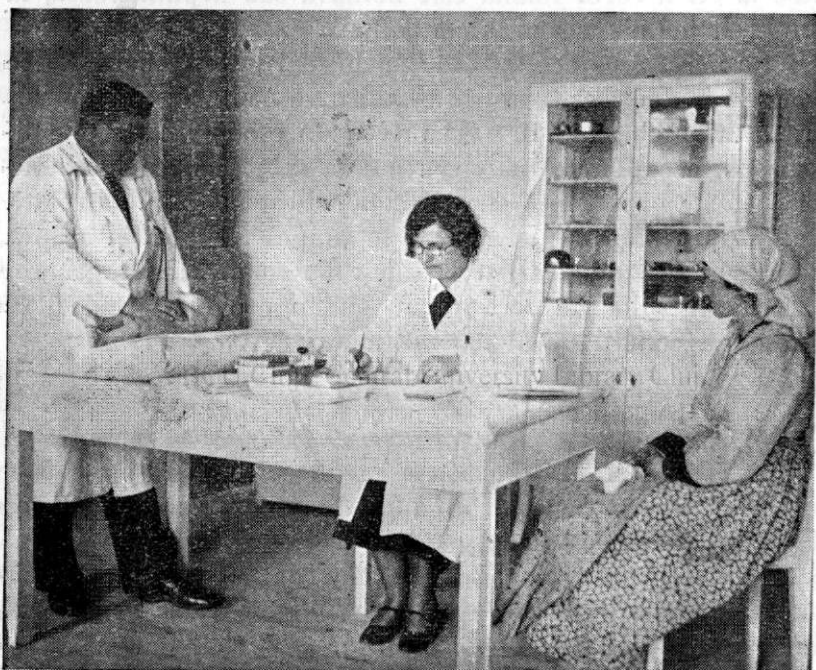
b) *Supravegherea medicală a sugacilor.*

La fiecare casă de ocrotire se ține câte-o ședință săptămânală pentru consultații infantile. Pentru comunele mai îndepărtate de unde nu pot veni la Casa de ocrotire, medicul pediatru se deplasează după frecvența de boli, anotimp și situația comunei. Intervalul între consultațiile ce se dau în comune nu este niciodată mai mare de 4—6 săptămâni.

Înainte de examinarea medicală, sora de ocrotire, care asistă întotdeauna pe medic, ia greutatea, talia și temperatura copilului. Urmează interogatoriul asupra antecedentelor ereditare, se notează datele referitoare la: alimentație, dezvoltare, vaccinări, reacții de imunitate, boli anterioare etc. Examinarea medicală este întotdeauna generală, chiar și în cazul când copilul a fost adus numai pentru controlul greutății. Pentru a nu scăpa nimic din vedere cu ocazia examenului medical, sora de ocrotire, prin citirea fișei medicale, indică rând pe rând părțile sau organele cari urmează să fie examinate, notând observațiile medicului.

Analizele de laborator mai des executate sunt: analiza urinei, reacția Wassermann, care se face de obicei de la mamă. Tot cu ocazia consultațiilor se execută și reacția Pirquet sau Mantoux. După examinare, medicul explică mamei

cele constatate și dă îndrumările necesare de urmat (regim igienico-dietetic, tratament medicamentos etc.). Durata medie a unei examinări este de 8—10 minute. Sora de ocrotire își notează în fișa de urmărire a copilului cele ordonate de medic. După consultația medicală sora se prezintă la domiciliu în aceeași zi dacă maladia prezintă gravitate, sau mai târziu dacă nu sunt motive de urgență și încearcă să fie utilă ma-



SALA DE CONSULTAȚIE PENTRU SUGACI DELA CASA DE OCROTIRE DIN GILĂU.

mei în îngrijirea copilului. După caz și după indicația terapeutică dată de medic, arată cum se face o bae de muștar, cum se aplică compresele reci, cum se schimbă pansamente, face spălături de ochi, urechi, ia informațiuni dacă medicamentele prescrise de medic au fost cumpărate și administrate întocmai; într'un cuvânt dă îndrumări și ajută mama în toate chestiunile unde se simte nevoia. Cu ocazia acestor vizite familia se convinge și mai mult că în sora de ocrotire are un sprijin prețios în îngrijirea nu numai a copiilor sănătoși ci și a celor bolnavi.

Consultațiile pentru sugaci.

În anul 1931 s'au ținut 154 ședințe cu 194 ore de lucru. S'au dat în total 801 consultații pentru 396 sugaci. Dintre cei prezentați la consultații 64% au prezentat îmbolnăviri serioase având nevoie de îngrijire medicală, 24% au fost aduși pentru examinare de control, 12% au fost aduși pentru îmbolnăviri de mică importanță.

Surorile de ocrotire au făcut 3227 vizite la domiciliu pentru sugaci ceea ce ar da 4 vizite pentru fiecare consultație sau 8.1 vizite pentru fiecare caz nou.

În anul 1932 s'au ținut 230 ședințe cu 315 ore de lucru. S'au dat în total 1756 consultații și s'au admis 537 cazuri noi. Față de anul anterior avem o urcare de 119% la numărul consultațiilor și o urcare de 35% la numărul noilor admiși. Dintre cei prezentați la consultații în anul 1932, 27% din cazuri au prezentat îmbolnăviri serioase, 41% au fost aduși pentru examinare de control, iar 32% din cazuri au fost aduși pentru boli de mică importanță.

Surorile de ocrotire au făcut 5737 vizite la domiciliu pentru sugaci, ceea ce înseamnă 10.6 vizite pentru fiecare caz nou sau 3.2 vizite pentru fiecare consultație.

În anul 1933 s'au ținut 215 ședințe cu 291 ore de lucru. S'au dat în total 1862 consultații și s'au admis 501 cazuri noi. Față de anul 1932 avem o urcare de 6% la numărul consultațiilor și o scădere de 7% la numărul noilor admiși. Față de anul 1931 avem o urcare de 132.4% la numărul consultațiilor și o urcare de 26.5% la numărul cazurilor nou admise. Dintre cei prezentați la consultații în anul 1933, 22% au prezentat îmbolnăviri serioase, 32% îmbolnăviri ușoare iar 46% au fost aduși pentru examinare de control, neprezentând nimic patologic.

Surorile de ocrotire au făcut 6800 vizite la domiciliu pentru sugaci ceea ce dă 13.6% vizite pentru fiecare caz nou sau 3.7 vizite pentru fiecare consultație.

Urmărind procentul sugacilor cari au fost aduși la consultații cu îmbolnăviri grave vedem că an de an acest procent scade, pentru a crește procentul sugacilor cari sunt aduși cu îmbolnăviri ușoare sau numai pentru examinare de control. Credem că aceste date invederează îndeajuns încrederea populației în munca noastră și totodată dovedește că și populația rurală, după o muncă insistentă și sistematic des-

sfășurată, poate fi convinsă că e mai ușor a preveni decât a vindeca.

Consultațiile pentru sugaci în anii 1931—1933.

Anul	Numărul ședințelor	Nr. orelor de lucru	Nr. nollor admiși	Nr. total ai consult.	Vizita la domiciliu
1931	154	194 ¹⁵	396	801	3227
1932	230	315 ¹⁰	587	1756	5737
1933	215	291 ⁰⁵	501	1862	6800
Total :	599	800 ³⁰	1434	4419	15764

Această ramură de activitate, precum arată numărul consultațiilor și a vizitelor surorilor de ocrotire, a luat o dezvoltare înbucurătoare. Educațiunea mamei în vederea îngrijirii raționale a copilului, este factorul de bază în combaterea mortalității infantile, fără de care nu se pot obține rezultate durabile.

Suntem încă departe de a fi realizat totul în această direcție, vom da însă și în viitor aceeași importanță educației făcute de surorile de ocrotire la domiciliu, pe lângă consultațiile medicale.

Rezultatul îngrijirii sugacilor în plasa Sanitară Model, Gilău, este: reducerea mortalității infantile dela 18% la sub 14%.

3. Ingrijirea preșcolarilor.

(2—7 ani).

Ingrijirea și ocrotirea copiilor preșcolari este continuarea programului început la vârsta sugacilor. Deci în linii generale s'a urmat acelaș program ca și la grupul predecesor adică al sugacilor. Consultațiile preșcolare s'au dat întotdeauna împreună cu cele ale sugacilor pentruca mamele să se poată prezenta la dispensar deodată cu toți copiii mici din casă. Consultațiile au urmat scopul asistenței medicale în caz de boală și control medical periodic pentru copiii sănătoși. Atenție specială s'a dat mai ales boalelor *infecto-contagioase și descoperirii eventualelor defecte fizice*. După cum se știe, în perioada aceasta încep să se manifeste aceste defecte. Descoperirea și tratamentul lor cât mai timpuriu, ne dă cele mai multe șanse de reușită.

Vizitele la domiciliu ale surorilor de ocrotire în principiu sunt asemănătoare celor descrise la capitolul sugacilor. Se dă ajutor părinților pentru îngrijirea celor bolnavi, se demonstrează și se explică aplicarea măsurilor terapeutice și profilactice în jurul celor contagioși și se întinde o mână de ajutor în toate cazurile unde se simte nevoia. Durata vizitei e cea obișnuită, ca și la sugaci, 15—20 minute.

Experiența noastră arată că grupul preșcolarilor reprezintă categoria cea mai dificilă din punct de vedere al controlului medical. Controlul medical se acceptă numai în caz de boală mai gravă; sănătoșii sunt aduși foarte rar la dispensar. Acest fapt își are de altfel o explicație naturală: vârsta dela 2—7 ani este relativ scutită de maladii (în afară de perioadele de epidemii), iar părinții nu văd necesitatea vizitei medicale atâta timp cât starea lor de sănătate se prezintă bine. Contribue afară de aceasta și faptul că sunt neobișnuiți cu vizitele medicale. Condițiile anterioare înființării Plasei n'au fost de așa natură încât să-i obișnuiască să recurgă la ajutor medical, decât numai în cazuri grave și contra plată, ceea ce i-a făcut să se ferească de aceste lucruri și să le caute numai când alte mijloace nu aveau la îndemână.

Cu toate acestea cel de al treilea an al activității noastre arată o ameliorare simțitoare în această privință. Pe lângă faptul că numărul absolut al consultațiilor a putut fi mult ridicat, consultațiile au progresat și din punct de vedere „calitativ”. Caracterul clinic atât de accentuat în primul an, a luat încetul cu încetul un aspect mai apropiat de spiritul real al unui serviciu de dispensar. Adevărat că acest proces de transformare n'a atins încă limitele dorite, însă o schimbare de așa natură nu se poate face într'un interval de 3 ani.

Consultațiile pentru preșcolari.

În anul 1931 s'au ținut 70 ședințe cu 50 ore de lucru. S'au dat 241 consultații la 190 copii preșcolari. Dintre cei prezenți la consultații 72% au prezentat îmbolnăviri serioase, 23% îmbolnăviri de mică importanță, iar 5% au fost aduși pentru vizite de control.

Surorile de ocrotire au făcut 421 vizite la domiciliu pentru preșcolari, ceea ce dă 1.7 vizite pentru fiecare consultație sau 2.1 vizite pentru fiecare caz nou admis.

In anul 1932 s'au ținut 171 ședințe cu 112 ore de lucru. S'au dat în total 569 consultații, și s'au admis 349 cazuri noi. Față de anul anterior avem o creștere de 136% la numărul consultațiilor și o creștere de 83% la numărul noilor admiși. Cazurile cu maladii grave dau 38%, cazurile cari s'au prezentat cu maladii ușoare 32%, iar 30% a cazurilor au fost copii sănătoși aduși pentru control medical periodic.

Surorile de ocrotire au făcut 1218 vizite la domiciliu pentru preșcolari, adică 2.1 vizite pentru fiecare consultație sau 3.4 vizite pentru fiecare caz nou admis.

In anul 1933 s'au ținut 193 ședințe cu 124 ore de lucru. S'au dat în total 742 consultații și s'au admis 346 cazuri noi. Față de anul 1932 avem o creștere de 34.2% la numărul consultațiilor, iar numărul cazurilor nou admise este identic. Față de anul 1931 avem o creștere de 208% la numărul consultațiilor și o creștere de 82% la numărul cazurilor nou admise. Dintre cei prezentați la consultații în anul 1933 au prezentat îmbolnăviri serioase 35%, pentru examinare de control s'au prezentat 33%, iar cu afecțiuni de mică importanță s'au prezentat 32%.

Surorile de ocrotire au făcut în decursul anului 1933, 2020 vizite la domiciliu pentru preșcolari, ceea ce dă 2.7 vizite pentru fiecare consultație sau 5.8 vizite pentru fiecare caz nou admis.

Consultațiile preșcolarilor în anii 1931—1933.

Anul	Numărul ședințelor	Nr. orelor de lucru	Nr. noilor admiși	Nr. total al consult.	Vizite la domiciliu
1931	70	50 ⁰⁰	190	241	421
1932	171	111 ¹⁰	349	569	1218
1933	193	124 ²⁰	346	742	2020
Total :	434	287	885	1552	3659

4. Ingrijirea școlarilor.

In principiu fiecare școlar trebuie să fie supus unui examen medical general, cel puțin odată pe an, în timpul școlarității lui. Programul urmărit e de fapt continuarea celui al preșcolarilor, cu unele modificări cari rezultă din situația specială și vârsta lor, din care cauză pe lângă asistența medicală propriu zisă activitatea noastră își asumă și un rol educativ. Deci programul nostru de muncă pe acest teren, prevede o activi-

tate de dispensar, care se rezumă la examinările medicale periodice, la o activitate în școli și la domiciliul elevilor.

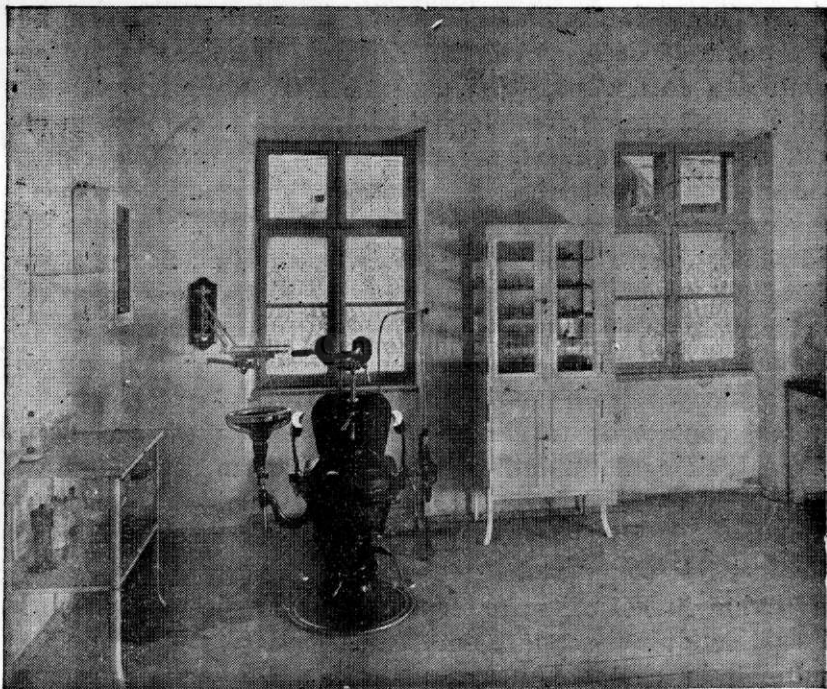
Examinarea medicală a elevilor se face în cadrele ședinței săptămânale fixate în programul fiecărei case de ocrotire. Examinarea se execută fie la casa de ocrotire fie la școala respectivă. Ziua destinată pentru aceste examinări se fixează la începutul anului împreună cu directorul școlii. Cu ocazia acestor examinări medicul este asistat, pe lângă sora de ocrotire și de directorul școlii respective. Necesitatea de a asista și învățătorul la examinarea elevilor iese din faptul că la nevoie poate da deslușiri referitoare la cei examinați și are posibilitatea de a cunoaște și dănsul starea sanitară a elevilor săi. Această examinare este generală; nu se omite nici un organ a cărui examinare se poate face prin metodele clasice ale medicului practician. Se urmărește cu atenție descoperirea oricărui defect care ar putea avea o influență asupra stării sănătății atât fizice cât și psihice a elevului. Se insistă cu deosebită atenție asupra *pulmonului*, ganglionilor și a coloanei vertebrale cu scopul de a depista eventuale semne de tuberculoză. Tot în scopul acesta, cu ocazia consultațiilor anti-tuberculoase, elevii examinați și la cari se găsesc semne sau numai contact de tuberculoză, se examinează de către medicul ftiziolog făcându-li-se totodată și examenul radiologic. Rezultatul examinării este trecut în fișa sanitară școlară individuală, iar după terminarea consultațiilor urmează studiul fiecărei fișe completate, pentru a fixa măsurile ce urmează a se lua în cazurile când examinarea medicală a scos la iveală condițiuni sanitare anormale. Aceste examinări au fost puțin îmbucurătoare, marea majoritate a școlarilor prezentând stări *morbide* manifeste.

Înșirăm în ordinea frecvenței și importanței, problemele ce se ivesc mai des și măsurile ce se iau la fiecare problemă în parte.

a) *Carii, periodontite, fistule, abcese, stomatite.* Pentru corectarea acestor defecte, s'a organizat un serviciu de Igienă bucală. După cum am amintit la începutul acestei lucrări, din personalul medical al Plasei face parte și un medic dentist, cu 3 zile de consultații la săptămână. La început aceste consultații au fost date numai la casa de ocrotire din Gilău, pentru copiii școlari din această comună. După acest început, serviciul a fost generalizat pe întreaga Plasă, medicul deplasându-se la școlile din Plasă pentru aceste lucrări.

In anul 1931 s'au ținut 95 ședințe cu 200 ore de lucru, dându-se 1171 consultații pentru boli dentare, pentru 510 elevi. In anul 1932 s'au ținut 77 ședințe, cu 107 ore de lucru. S'au dat în total 1403 consultații și s'au admis 669 cazuri noi. In anul 1933 s'au ținut 73 ședințe cu 98 ore de lucru. S'au dat în total 1686 consultații și s'au admis 640 cazuri noi.

Cu ocazia acestor consultațiuni, s'au executat următoarele intervențiuni medicale: extracția dinților de lapte ca-



SALA DE CONSULTAȚIE PENTRU IGIENA BUCALĂ A ȘCOLARILOR.

riați, tratarea abceselor, fistulelor, stomatitelor precum și a altor complicații dentare. In cazurile posibile s'a făcut plombarea dinților permanenți cariați. Această din urmă intervenție s'a aplicat mai mult școlarilor din comuna Gilău precum și școlarilor din comunele apropiate, cari au putut veni la casa de ocrotire din Gilău, unde serviciul dentar dispune de toate instrumentele necesare.

b) *Hipertrofia amigdalelor, vegetații adenoidiene.* Pentru acest fel de defecte sunt îndrumați la specialiști sau la clinică, Plasa Sanitară neavând un serviciu de oto-rino-larin-

gologie și nici personal medical pentru astfel de intervenții.

c) *Boli cardiace și pulmonare*, (cele pulmonare mai ales acute). În caz de afecțiuni pulmonare de natură tuberculoasă elevul este reținut dela școală atâta timp cât infecțiozitatea persistă. Tratamentul lor se face în sanatoriu de tuberculoși din Săvădisla. Elevul se readuce la școală după restabilire și după ce mai multe examinări de spută au arătat absența bacilului Koch. Sputa acestor elevi se examinează lunar. Pe lângă aceasta, dirigintele școlar este obligat a-i ține sub observație continuă și a-i îndruma la consultații îndată ce ar observa o schimbare în starea lor. Asemenea direcțiunea școlii este datorată să anunțe medicul, dacă acești elevi nu s'au prezentat la școală timp mai îndelungat. În acest caz medicul examinează elevul la domiciliu luând măsuri după necesitate.

d) O mențiune specială merită *starea de nutriție* a elevilor. Aproximativ 50% a copiilor școlari sunt slabi dezvoltati, subnutriți, cu un țesut muscular și celulo-adipos redus.

Pe lângă multiplele cauze cari colaborează la produsele acestor stări, cum e lipsa de repaus, defecte fizice, stări nervoase, lipsa de îngrijire etc., etc., intervine într-o măsură largă, mai ales în comunele de munte, factorul mizeriei și al alimentației insuficiente. Un număr considerabil de școlari au o alimentație deficitară, atât calitativ cât și cantitativ. Cazurile, când elevul pleacă dimineața la școală fără să dejeneze nu sunt de loc rare în această regiune și nici chiar în comunele cu o stare economică relativ bună, adică, cum e Gilăul. Pentru remedierea acestei situațiuni s'a încercat organizarea de cantine școlare. Școlarii, a căror stare de subnutriție era cauzată de mizeria părinților, primiau zilnic, dimineața la orele 10 o bucată de pâine și un pahar cu lapte. Încercarea a dat un rezultat satisfăcător, păcat însă că importanța acestui început n'a fost înțeleasă de primăriile comunale — în sarcina cărora au trecut speșele aprovizionării cu lapte. — După scurt timp această inițiativă mult promițătoare, a suferit o înfrângere pe motive bugetare.

e) *Defecte auditive și vizuale*. Elevii cu acuitate vizuală sau auditivă redusă, se plasează în primele bănci. În cazul când aceste defecte pot fi corectate prin tratament medical, se institue fără întârziere.

f) Cazuri mai rare au prezentat *gușă*.

Se știe că regiunea Gilăului are reputația unui ținut gu-



șogen, cazurile fiind concentrate mai ales în comunele situate dealungul văilor munților Apuseni. Examinările noastre au dovedit însă că această plagă socială este într-o regresivă rapidă; generația tânără este atinsă într-o măsură cu totul însemnată față de trecut. La elevii examinați dela școlile din aceste comune, nu s'au aflat decât cazuri sporadice. Elevii găsiți gușați au fost supuși tratamentului cu iod, administrat de învățătorul școlii. Efectele s'au manifestat prin reducerea volumului gușei la toți cei de sub tratament. Regretăm însă că din cauza absenței prea dese și lungi a elevilor, aceste încercări nu pot fi urmărite cu destulă exactitate.

În programul nostru de îngrijire al școlarilor, corpul didactic are o parte activă și însemnată. În toate chestiunile și problemele cari se pun în legătură cu școala și cu elevii, se cere și părerea și ajutorul învățătorului, încercându-se totdeauna o colaborare armonioasă în toate problemele școlare.

g) *Paraziți*, mai ales pediculoză, s'a găsit aproape la toate elevele; la elevi s'au găsit mai rar. În caz de pediculoză sora de ocrotire este încredințată cu explicarea și demonstrarea tehnică a deparazitării (cu petrol, acid acetic și soluție de sublimat) și insistă asupra curățeniei capului prin spălături dese.

Această colaborare se desfășoară prin următoarele: se dă o atenție mai mare lecțiunilor teoretice referitoare la păstrarea și apărarea sănătății și la alte chestiuni din domeniul igienei individuale și colective, se infiltrează simțul curățeniei corporale și al îmbrăcăminte prin controlul zilnic al copiilor. Învățătorul anunță medicului, pe elevii cari absentează timp mai îndelungat dela școală, pentru a controla la domiciliu cauza acestor absențe. Insistă și el ocazional pe lângă părinții copiilor, cari necesită tratament medical, să facă tot posibilul în interesul sănătății copiilor lor. Supraveghează de aproape toți școlarii și corectează obiceiurile neigienice cum sunt: scuipatul pe jos, suflarea nasului fără a întrebuița batista, vicii de atitudine, păr lung etc., etc.. Învățătorul se îngrijește ca rezervoarele sistematice, puse la dispoziția elevilor de către Plasa noastră, să fie ținute în cea mai perfectă stare de curățenie și să conțină întotdeauna apă proaspătă suficientă.

Va supraveghea felul consumării apei în timpul recreațiilor. Organizează în timpul recreației sau în ore speciale, exer-

ciții fizice pentru elevi, încercând să introducă sisteme de exerciții cari ajută corectarea atitudinilor vicioase.

În toate chestiunile referitoare la edificiul școlar și jurul lui se menține o colaborare strictă între medic și învățător, medicul având datoria să facă toate propunerile pentru îmbunătățirea condițiilor igienice ale școlii, iar învățătorul va încerca să le realizeze în cadrele posibilităților.



CONSUMAREA APEI DIN APARATUL SISTEMATIC.

Învățătorul se îngrijește cu ocazia întocmirii bugetului școlar, să asigure sumele necesare pentru lucrările de sanitație necesare, pe care le stabilește împreună cu medicul. În cazul când fondurile necesare pentru aceste lucrări nu pot fi asigurate din bugetul școlar, ele vor fi completate din veniturile cari se realizează în urma diferitelor serbări școlare, organizate în acest scop.

Partea ce revine sorei de ocrotire în îngrijirea școlarilor este foarte însemnată. Ea asistă medicul la consultații, urmărește la domiciliu școlarii aflați bolnavi, ia parte la introducerea în igienă a copiilor de școală, și ține un contact strâns și continuu cu învățătorul și părinții, pentru a putea

intervenii la timp în toate chestiunile cari ating sănătatea școlarilor.

Ea inspectează cel puțin odată la lună școala și elevii, stă în ajutorul învățătorului în toate chestiunile din cari ar putea rezulta un profit pentru școală sau elevi. Inspecțiile școlare au un rol exclusiv de orientare; sora nu va lua nici o măsură, nu va face nici o observație învățătorului. Ea raportează cele observate medicului, care e singur în măsură să facă acest lucru. Ocazional — de obicei odată la săptămână — sora ține elevilor școlari conferințe scurte de 10—15 minute despre anumite probleme din domeniul igienei. Subiectele mai des discutate sunt: importanța curățeniei corporale, îngrijirea gurei și a dinților cu peria de dinți, efectul rău al aerului viciat din camerele neaerisite asupra organismului, îmbrăcăminte rațională, igiena locuinței, importanța razelor solare, etc.

Sora se interesează dela învățător despre elevii cari absentează timp mai îndelungat dela școală, îi vizitează la domiciliu, îi îndrumază la medic și îi ia sub îngrijire în caz de boală. Pe cei cari refuză frecventarea școlii, chiar dacă nu pot aduce motive de boală, îi convinge că prin aceasta își cauzează pierderi cari nu vor putea fi reparate mai târziu.

La cei bolnavi, asistă părinții în îngrijirea lor și îndrumă mersul tratamentului după ordinele medicului.

Elevii, în faza pretuberculoasă sau tuberculoasă stau sub controlul continuu al sorei de ocrotire. Sora se îngrijește ca acești elevi să primească o hrană suficientă, să li-se asigure aer curat și timp suficient pentru repaus. Intregul lor program de zi stă sub directiva ei. Se fixează exact hrana lor și unde e posibil se introduce sistemul celor 5 mese la zi. Se explică necesitatea aerului curat; pentru acest scop bolnavul va petrece în timpul verii, atât ziua cât și noaptea, afară din casă, sau dacă acest lucru nu e posibil se ține un geam tot timpul deschis. În timp de iarnă, se asigură primenirea aerului prin aerisirea de 5—10 minute din oră în oră. În toate cazurile se asigură pat separat împreună cu lămpă necesară. În caz de tuberculoză deschisă, izolarea se face la sanatoriu. Dacă această izolare întâmpină greutăți, se izolează la domiciliu. O persoană adultă — de obicei mamă — primește toate îndrumările pentru îngrijire, iar ceilalți membri ai familiei mai ales cei tineri, sunt sfătuiți de a evita pe cât se poate contactul, pentru evitarea contaminării.

În caz de maladii infecto-contagioase, se urmează tehnica descrisă la categoria preșcolarilor.

În toate cazurile unde sora de ocrotire vine în contact cu elevul și mai ales cu ocazia vizitelor la domiciliu, nu pierde din vedere faptul, că el reprezintă un element în multe privințe mult mai influențabil decât adultul. Pentru sora de ocrotire el nu e numai un obiect de discuție cu părinții, ci din contra ea trebuie să stea de vorbă și să discute mai mult cu el și să încerce să obțină rezultatul urmărit mai mult prin el.

Consultațiile pentru școlari.

În anul 1931 s'au ținut 99 ședințe cu 180 ore de lucru. Numărul total al consultațiilor a fost 1637, iar numărul noilor admiși 1013.

Surorile de ocrotire au făcut 478 vizite la domiciliu pentru școlari.

În anul 1932 s'au ținut 84 ședințe cu 116 ore de lucru. Numărul total al consultațiunilor a fost de 1040, iar numărul noilor admiși 369. Față de anul precedent avem o creștere de 37% la numărul consultațiilor și o scădere de 64% la numărul cazurilor noilor admiși.

Surorile de ocrotire au făcut 416 vizite la domiciliu pentru școlari, 57 de inspecții școlare și 53 conferințe școlare.

În anul 1933 s'au ținut 90 ședințe cu 140 ore de lucru. S'au dat în total 1665 consultații și s'au admis 821 cazuri noi. Față de anul 1932 avem o creștere de 60.1% la numărul consultațiilor și o creștere de 123.5% la numărul noilor admiși. Față de anul 1931 numărul consultațiilor este identic iar la numărul noilor admiși avem o scădere de 24.5%.

Surorile de ocrotire au făcut 539 vizite la domiciliu pentru școlari.

Consultațiile pentru școlari în anii 1931—1933.

Anul	Numărul ședințelor	Nr. orelor de lucru	Nr. noilor admiși	Nr. total al consult.	Vizite la domiciliu
1931	99	180 ⁸⁰	1013	1637	478
1932	84	115 ⁴⁵	369	1040	416
1933	90	140 ⁸⁰	821	1665	539
Total:	273	437 ⁸⁵	2203	4342	1433

5. Combaterea tuberculozei

Acestei ramuri de activitate în Plasa Sanitară-Model Gilău i-se dă o atenție deosebită, numărul persoanelor atinse de acest flagel fiind relativ mare, iar pe de altă parte condițiile de traiu ale acestora sunt de așa natură, încât se impune o muncă conștiincioasă și metodică de combatere.

Controlul tuberculozei este una dintre problemele medico-sociale, care deschide câmpul cel mai larg pentru studiul și aplicarea măsurilor preconizate de medicina preventivă. E deci natural să ocupe un loc important în programul nostru. Din cele ce vor urma se poate vedea că întreagă activitatea noastră depusă în legătură cu această problemă, urmează principiile medicinei profilactice, iar interesul terapeutic rămâne, ca importanță, pe planul al doilea.

Combaterea eficace a tuberculozei presupune un serviciu prompt de depistare a cazurilor. Acest serviciu este reprezentat prin dispensarul anti-tuberculos, el formând punctul de plecare al campaniei anti-tuberculoase.

Activitatea noastră se grupează în jurul următoarelor puncte principale:

1. Depistarea cazurilor. 2. Supravegherea bolnavilor la domiciliu. 3. Supravegherea la domiciliu a bolnavilor ieșiți din sanator. 4. Examinarea persoanelor de contact. 5. Supravegherea persoanelor de contact.

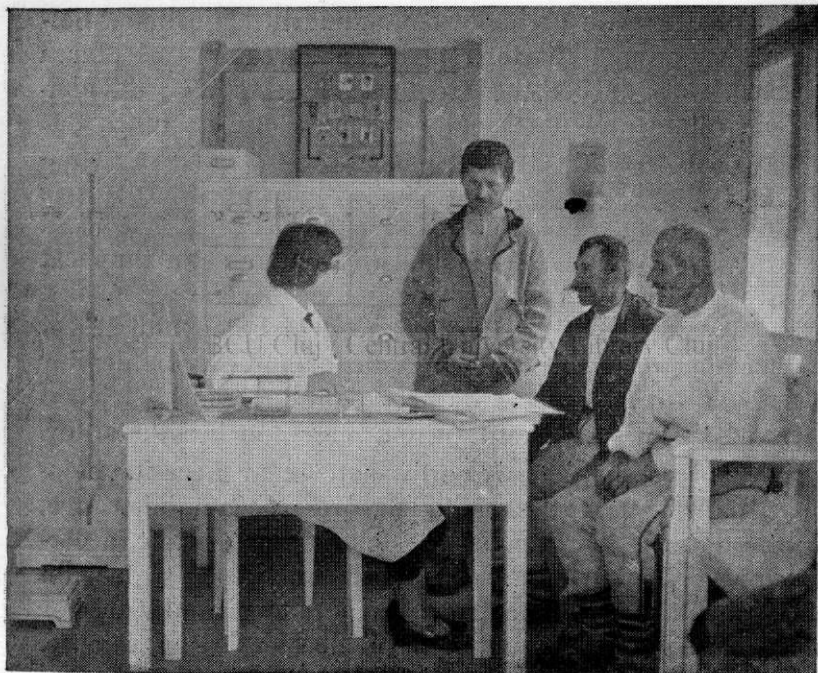
a) Depistarea cazurilor.

Depistarea cazurilor se face prin serviciul de consultațiuni, cari sunt reprezentate prin câte-o ședință săptămânală la fiecare casă de ocrotire. Un punct important în combaterea tuberculozei este depistarea cazurilor în stadiul incipient. Se știe că tuberculoza incipientă rar poate fi diagnosticată fără examen radiologic. Pentru a avea acest mijloc sigur și atât de necesar unei lupte eficace în combaterea tuberculozei, de la începutul înființării Plasei s'au luat măsuri pentru procurarea unui aparat Roentgen, care a fost instalat spre finele anului 1932 la casa de ocrotire din Gilău.

Înainte de examinarea medicală propriu zisă sora de ocrotire ia temperatura, greutatea, antecedentele ereditare și personale. Pentru complectarea examenului medical se face și examenul radiologic la toate cazurile cari se prezintă. În timpul cât persoana stă în sala de așteptare, i-se pune la dis-

poziție o scuipătoare individuală. Astfel ne este dată și posibilitatea de a examina sputa pentru căutarea bacilului Koch. Datele câștigate sunt trecute în fișa medicală individuală.

Când o persoană este diagnosticată bolnavă de tuberculoză, pe lângă indicarea tratamentului medical necesar, medicul și sora de ocrotire pune în curent pacientul cu boala de care suferă și-i explică caracterul cronic și contagios al boalei. În toate cazurile de tuberculoză activă, se propune



**SALA DE AȘTEPTARE, PRIMIREA BOLNAVILOR LA CASA
DE OCROTIRE DIN RECHETĂU.**

pacientului internarea în sanatoriu de tuberculoși din Săvădisla, care a luat ființă în luna Iulie 1931, și deservește în prima linie nevoile de ospitalizare ale bolnavilor din Plasă. Această internare are ca prim scop izolarea persoanei bolnave din mediul familiar periclitat. Sanatoriul este cel mai eficace mijloc pentru bolnav, atât în ceea ce privește recunoașterea importanței factorilor igienici în tratamentul boalei, cât și în ceea ce privește grija ce trebuie să o depună în evitarea contaminării celor din jurul său. Tratamentul din sanatoriu îl face să înțeleagă, că pentru vindecare are nevoie mai

puțin de o medicație costisitoare și continuă, decât de urmarea conștiințioasă a normelor igienice în legătură cu alimentația, îmbrăcăminte, locuința, igiena corporală, etc.

După internarea bolnavului, legăturile noastre cu dânsul se mențin în tot timpul internării. Sora de ocrotire din comuna sediu a sanatorului vizitează des acești bolnavi și depune o activitate educativă, largă, în interesul lor. Le explică importanța factorilor igienici în vindecarea boalei lor și indică măsurile ce trebuiesc luate după reîntoarcerea lor acasă, pentru a evita pericolul contaminării. Majoritatea bolnavilor pierzându-și foarte repede răbdarea în așteptarea vindecării, sora de ocrotire trebuie să lupte pentru a-i convinge că tratamentul din sanator trebuie să fie de lungă durată pentru a avea efectul dorit. De câte ori sora se deplasează în comună vizitează familiile bolnavilor internați, le pune în curent cu starea și mersul boalei și le sfătuiește să insiste pe lângă bolnav să rămână în sanator atâta timp cât va fi necesar. Familiei i-se dau deslușirile necesare pentru a se pregăti pentru îngrijirea ce trebuie dată bolnavului la reîntoarcerea acasă. Sora poartă evidența tuturor bolnavilor internați din Plasă și la caz de nevoie anunță medicul igienist despre orice eveniment sau fapt nou intervenit în situația lor.

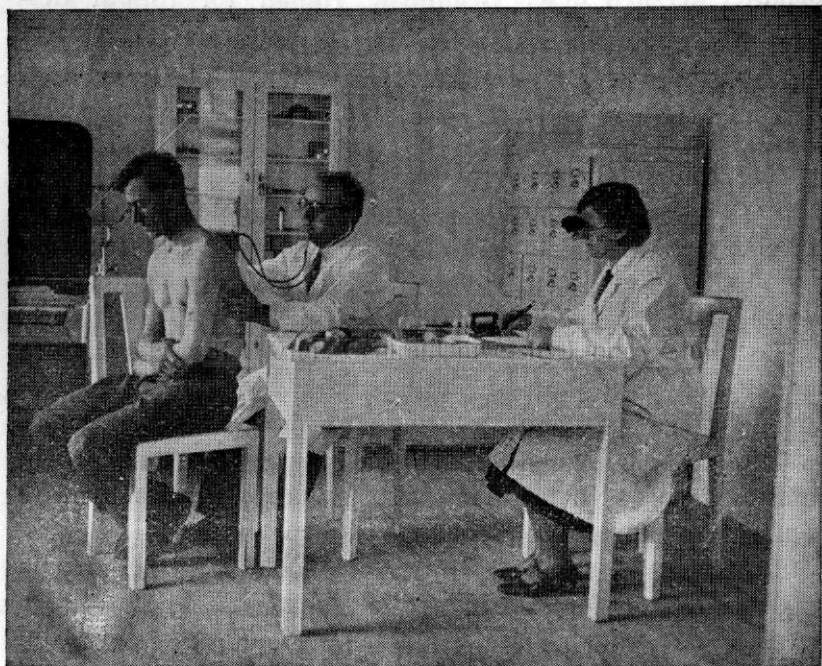
În cazul când internarea în sanatoriu ar necesita îndeplinirea unor anumite formalități la organele administrative, cum este de ex. eliberarea certificatelor de paupertate, a certificatelor percepției fiscale etc., aceste intervenții se fac din partea oficiului Plasei, pentru a da curs mai rapid acestor formalități și pentru a scuti bolnavul de alergări anevoioase.

b) Supravegherea bolnavilor la domiciliu.

Dacă bolnavul din anumite motive nu poate fi internat în sanatoriu el rămâne sub supravegherea medicului și a sorei de ocrotire la domiciliu, luându-se toate măsurile ce se pot lua în asemenea cazuri. Evident această izolare este în funcțiune de condițiile locatere ale familiei. În majoritatea cazurilor împrejurările sunt de așa natură, încât nu pot satisface nici cele mai puțin pretențioase condiții de izolare; din lipsa unei încăperi ce ar putea fi destinată acestui scop, bolnavul rămâne cu ceilalți membri ai familiei în singura cameră disponibilă pentru toți. În atari cazuri sora de ocrotire insistă asupra aerisirii dese, asupra întrebuințării scui-

pătoarei și face educație bolnavului, să evite descărcarea continuă de material infecțios în cameră prin tusă, obicinându-l să întrebuițeze batistă. Acestor bolnavi li-se pune la dispoziție în caz de nevoie o scui pătoare din partea Plasei.

În cazul când izolarea la domiciliu se face în condițiuni mai satisfăcătoare, activitatea noastră se desfășoară după următorul program: una din camerele disponibile (de obicei aceea din față, care nu are o utilizare curentă se aranjează



O CONSULTAȚIE ANTITUBERCULOASĂ LA CASA DE OCROTIRE DIN RECHETĂU.

cu cele necesare bolnavului, obicinuind familia să observe strict separarea tuturor obiectelor bolnavului de celelalte.

Se aranjează un pat comod pentru bolnav. Sora dă indicațiile asupra lingeriei necesare, asupra primenirii și spălării ei în vase separate etc.

Bolnavul va avea tacămurile lui individuale. Se îndepărtează din geamuri toate obiectele inutile, lăsând intrare liberă razelor solare; o cameră bine luminată va înviora pe bolnav, îi va ridica moralul. I-se explică efectul salutar a luminii solare asupra acestei maladii. Se insistă asupra întrebuirii scui pătoarei; cei săraci sunt siliți să-și improvizeze o cu-

tie de lemn sau metal pentru acest scop. În anumite cazuri se împrumută una dela serviciul nostru. În scui pătoare se recomandă a se ține la leșie, sau răzușe de lemn. În cazul când se ține leșie se recomandă ca evacuarea să se facă în closet sau într-o groapă de cel puțin 1 metru afunzime, care pe urmă se astupă. În cazul când se întrebuințează răzușe de lemn, conținutul se aruncă în foc.

Se dau explicații asupra igienei locuinței și asupra importanței aerisirii dese. Geamurile rămân tot timpul deschise, afară de zilele de ploaie sau frig mare, dar și în acest caz se recomandă a se aerisi cel puțin un sfert de oră, din 2 în 2 ore. Se explică efectul bun al aerului curat asupra sănătății.

Se discută în toate amănuntele ei supra-alimentația tuberculoșilor, insistând asupra importanței laptelui, a derivatelor lui și a vegetalelor proaspete. Discutând chestiunea dietei bolnavului, sora dă toate explicațiile necesare pentru pregătirea unui regim cât mai variat și cât mai nutritiv.

La bolnavii cu febră, hemoptizii sau alte complicații sora rămâne mai mult timp în jurul patului bolnavului, controlând aplicarea măsurilor terapeutice ordonate de medic.

I-se explică bolnavului calea de propagare a boalei prin expectorație și prin tusa, arătându-i-se măsurile de apărare prin întrebuințarea scui pătoarei și a batistei.

În caz de tuberculoză deschisă — chiar dacă izolarea la domiciliu prezintă toate garanțiile conștiinciozității — sora încearcă pe toate căile scoaterea persoanelor tinere din mediul familiar și plasarea lor la rude, iar dacă sunt mai mari la ucenicie, ca servitori etc., în alte familii. Dacă acest lucru nu se poate executa atunci insistă să se evite orice contact cu bolnavul.

Evident cele descrise aici se referă în prima linie la bolnavii cu leziuni serioase și incapabili de muncă. Pentru cei cu leziuni închise, cu spută nebaciliferă și capabili de a-și vedea de lucru, măsurile de izolare sunt mai simple. Izolarea unui astfel de bolnav se face numai în timpul nopții, încolo el rămâne în mijlocul familiei atâta timp cât starea lui se menține staționară. Acești bolnavi sunt îndemnați să vină la controlul medical cât mai des, pentru a se putea lua măsurile necesare la timp, în cazul când în starea lor s'ar produce schimbări sau agravări, cari ar putea amenința sănătatea celor din jur.

c) *Supravegherea la domiciliu a bolnavilor ieșiți din sanator.*

Bolnavii cari au petrecut un timp oarecare în sanator, încep să-și dea seama de contribuția factorilor igienici la vindecarea maladiei lor. Dacă timpul de ospitalizare a fost suficient de lung, marea lor majoritate își pierde credința în miracolul medicamentelor farmaceutice și ajunge să aprecieze valoarea reală a factorilor igienici în recăștigarea și conservarea sănătății.

Acești indivizi sunt pregătiți până la o anumită limită pentru opera de asistență medico-socială ce le oferim și rolul nostru în aceste cazuri e de a continua supravegherea medicală și mai ales de a ajuta individul să-și continue traiul la domiciliu în condițiile cu cari s'a obișnuit în sanator; cu alte cuvinte ceea ce urmărim noi cu acești indivizi e de a transpune la domiciliu condițiile de sanator, cu cari ei s'au familiarizat deja. Asistența medico-socială a acestor indivizi se face destul de ușor, rezultatul practic însă este în funcție, în prima linie, de condițiile economice și familiare individuale.

Pentru a avea o evidență precisă a acestor cazuri, sanatorul anunță oficiului Plasei pe toți bolnavii ieșiți de sub tratament. Deasemenea reînțoarcerea celor internați în alte sanatorii de cât cel al Plasei se află relativ ușor și repede mai ales din partea soarelui de ocrotire.

Bolnavul revenit în familie este vizitat la domiciliu de sora de ocrotire. Prima vizită se face cu scopul de a cunoaște starea cu care individul a părăsit sanatorul, pentru a putea lua măsurile în raport cu această stare. Pentru cei eliberați în condiții staționare sau agravate, unde prin urmare pe lângă starea gravă a bolnavului există și pericolul contaminării, se procedează la instituirea măsurilor de izolare după cum s'au descris mai sus. Aceste măsuri de astădată sunt mai severe și mai categorice. Bolnavul înțelege rostul lor și de obicei contribuie și el într-o măsură apreciabilă la instituirea și respectarea lor. El primește în sanator o încredere mai mare în importanța aerului curat, în aerisirea continuă sau intermitentă deasă și astfel le respectă cu destulă conștiinciozitate. Chestiunea alimentației, locuinței, îmbrăcămintei, repaosului necesar și chestiunea măsurilor profilactice sunt tot atâtea probleme cari se discută punct de punct atât cu bolnavul cât și cu cei din jur în toate detaliile lor, după cum s'a descris în capitolele de mai sus.

Evident procedura capătă o altă înfățișare în cazurile mai fericite unde cura de sanator a adus ameliorare în starea bolnavului. Măsurile de izolare, atunci când este vorba de indivizi nebaciliferi se reduc în mare parte. De fapt nu e vorba de izolare în sensul ei obișnuit; bolnavul își petrece tot timpul în mijlocul familiei lui. Izolarea se face în cazurile posibile unde condițiile locatare sunt corespunzătoare, adică unde se găsește o cameră liberă pentru timpul nopții, ca să asigure celui vizat aer curat suficient. Unde acest lucru nu e posibil și aceasta e situația cea mai deasă — individul rămâne în mijlocul familiei, urmând să se facă aerisirea camerei cel puțin în condițiile în cari se face în cazul camerei de izolare.

O altă problemă care întâmpină obstacole serioase e aceea a evitării eforturilor fizice. Majoritatea bolnavilor în perioada de ameliorare se consideră definitiv trecuți peste pericolul ce-i amenință și își reiau ocupația de mai înainte, care în condițiile de traiu ale populației rurale e obositoare și reclamă eforturi exagerate. Este adevărat pe de altă parte că, condițiile de viață aici sunt de așa natură, încât individul este silit să-și reia ocupația muncind greu, pentru a asigura sau a contribui la asigurarea mijloacelor de traiu ale familiei. Problema schimbării ocupațiunii cu una mai potrivită stării prezente a bolnavului, nu se poate pune decât în cazuri cu totul excepționale. Deci aproape în totalitatea cazurilor rămâne problema educării individului asupra efectului dăunător al surmenajului pentru sănătatea lui. I-se recomandă repaosul la anumite ore din zi, aceasta fiind un mijloc terapeutic de mare valoare în tratamentul tuberculozei, iar neglijarea lui poate provoca redeschiderea vechilor procese tuberculoase. Se încearcă în fiecare caz să se stabilească cu oarecare aproximație practică orele de repaos în cursul zilei și repartizarea muncii în sânul familiei, în sensul de a reduce contribuția bolnavului la minimum. Dela sine înțeles nu e în intenția nimănui să obișnuiască pe acești indivizi la o viață fără gânduri și fără muncă; ceea ce se caută este echilibrul între ocupația și capacitatea momentană a individului.

Încât privește alimentația acestor indivizi, ea se face de asemenea după principiile din sanator, adică hrana să fie suficientă și nutritivă, compusă mai ales din lapte și derivatele lui, zarzavaturi din abundență, iar masa să fie servită la ore fixe. Aprovizionarea cu alimente suficiente și variate în timpul verii și al toamnei nu întâmpină nici o greutate. În timpul

iernii însă regimul alimentar este foarte unilateral din lipsa cunoștinței de conservare a vegetalelor, fructelor și ale altor produse agricole.

Prezența unui tuberculos în familie, trecut prin îngrijirea sanatorului — deci mai pretențios în alegerea alimentelor — este un bun prilej pentru sora de ocrotire de a impune cu mai multă tărie ameliorarea condițiilor de alimentație, nu numai ale bolnavului ci și ale întregii familii.

Pe lângă aceste probleme cari au ca scop să pună individul tuberculos într'un confort igienic, rămâne problema supravegherii individului din punct de vedere medical. La cei staționari sau agravați se continuă tratamentul după indicațiile primite în sanator. Ei se prezintă la intervalele indicate de medic cu ocazia consultațiilor dela casa de ocrotire, la medicul de circumscripție sau la alt medic și urmează tratamentul prescris. Cei ameliorați chiar dacă nu prezintă nici un semn subiectiv neliniștitor sunt examinați de 2 ori la an pentru a putea controla evoluția boalei lor.

Sora de ocrotire caută să se convingă, cu ocazia vizitei la domiciliu, de orice semn ce ar putea indica o schimbare spre rău a stării bolnavului, cum este febra, transpirațiile nocturne, tusea, oboseala, durerile pectorale, etc. Ea atrage atenția bolnavului asupra acestor semne, îi spune, că ele pot fi uneori de mică importanță și trecătoare, dar adesea pot anunța redeschiderea vechilor procese crezute vindecate; pentru a putea decide e nevoie să fie văzut de medic. Dela aceia cari au expectorație se recoltează spută la intervale de 4 săptămâni pentru controlul bacteriologic. În caz de pozitivitate se îndrumă la consultații și se iau în acelaș timp măsuri de izolare.

d) *Examinarea persoanelor de contact.*

După confirmarea diagnosticului de tuberculoză al unei persoane, se caută printr'o anchetă la domiciliu a sorei de ocrotire toate cazurile de contact, atât din familie cât și din afară, cari au viețuit timp mai îndelungat și mai intim cu persoana bolnavă. Această personală urmează să fie examinată la dispensar pentru depistarea eventualei contaminări. Evident că acest control care are menirea de a descoperi boala la începutul ei, nu poate fi executat întotdeauna cu ușurința cu care s'ar crede. Controlul medical fără semne subiective

de boală este refuzat totdeauna fiind considerat ca o grijă de prisos. Din acest motiv sora de ocrotire vizitează aceste cazuri de mai multe ori, le explică caracterul contagios al bolii cu care au stat în contact, posibilitatea de a depista primele semne de boală la persoanele cari se simt perfect sănătoase, ușurința de vindecare în cazul când tratamentul începe imediat după data infecției. În controlul acestor cazuri examinarea radiologică joacă rolul cel mai important atât din punctul de vedere al fixării unui diagnostic exact și la timp cât și din punctul de vedere al atragerii populației. O examinare radiologică nu se refuză chiar dacă nu i-se vede utilitatea; ea devine mijlocul cel mai eficace în controlul persoanelor de contact. Introducerea acestor examinări în serviciul nostru anti-tuberculos a simplificat într-o măsură nebanuită problema controlului persoanelor de contact.

Ca mijloace de laborator se face reacția Pirquet, și Mantoux pentru copii și examinarea sputei pentru adulți. Examinarea radiologică se face la toate persoanele de contact după examinarea fizică.

e) *Supravegherea persoanelor de contact.*

Activitatea ce se desfășoară în familia în sânul căreia se găsește un caz sau cazuri de tuberculoză, natural nu se limitează numai la controlul și supravegherea celor bolnavi, după cum se vede din cele expuse mai sus, ci ea vizează în același timp și problemele profilactice, adică măsurile de evitare a contaminării celor din jur. Măsurile de izolare au scopul de a pune persoana bolnavă în condițiuni igienice mai satisfăcătoare, cari n'ar putea fi asigurate în cazul conviețuirii cu ceilalți membri din familie, iar pe de altă parte a o pune la adăpostul unei eventuale infectări. Deci în munca ce se depune într-o familie tuberculoasă, grija se împarte atât pentru cel bolnav cât și pentru cei din jur. Primul pas făcut în interesul persoanelor de contact, după luarea măsurilor de izolare, este acela al controlului medical, despre care s'a vorbit în capitolul precedent. După controlul medical ele rămân sub supravegherea sorei de ocrotire, care la cel mai mic semn ce ar putea fi interpretat în sensul unei îmbolnăviri, le îndrumă la dispensar. Atât supravegherea cât și controlul medical se mențin atâta timp, cât există contactul cu persoana

bolnavă și se continuă cel puțin un an după încetarea acestui contact.

Persoanele de contact nu înțeleg și interpretează greșit orice măsură luată în scopul combaterii tuberculozei, atâta timp cât le lipsesc noțiunile elementare cu privire la contagiozitatea acestei boli. E nevoie să fie luminați cu destulă temeinicie asupra caracterelor speciale ale acestei maladii, pentru a putea urma cu conștiinciozitate măsurile luate și pentru ca să nu le considere de vecsațiuni inutile. De aceea sora de ocrotire cu ocazia fiecărei vizite făcute bolnavului, stă de vorbă cu toți membrii adulți ai familiei și discută motivele cari impun măsurile de izolare, face o dare de seamă succintă asupra tuturor problemelor tuberculozei cu privire la agentul patogen, calea de infecție, propagarea infecției, manifestățiunile clinice, pericolul infecției mai ales pentru copii, măsurile de izolare etc.

Consultațiile anti-tuberculoase.

În anul 1931 s'au ținut 62 ședințe cu 126 ore de lucru, dându-se 600 consultații. S'au descoperit 64 cazuri de tuberculoză pulmonară sau a altor organe. S'au făcut 51 examinări de spută, 246 reacții Pirquet. Dintre bolnavii diagnosticați ca tuberculoși, 4 au fost internați în sanatoriu din Săvădisla, iar restul au fost izolați la domiciliu.

Surorile de ocrotire au făcut 539 vizite la domiciliu, ceea ce dă aproximativ 1 vizită pentru fiecare consultație sau 8,4 vizite pentru fiecare bolnav nou descoperit.

În anul 1932 s'au ținut 130 ședințe cu 201 ore de lucru. Numărul total al consultațiunilor a fost de 1092, adică cu 82% mai mult decât în anul anterior. S'au admis 715 cazuri noi ceea ce înscamnă o creștere de 56% față de anul precedent. Din cele 715 persoane examinate 90 s'au găsit cu leziuni tuberculoase, adică 12,6% din totalul examinațiilor. S'au făcut 46 examinări de spută și 135 reacții Pirquet. Dintre cei diagnosticați ca tuberculoși au fost izolați în sanatoriu din Săvădisla 36 bolnavi, iar restul au fost izolați la domiciliu.

Surorile de ocrotire au făcut 635 vizite la domiciliu adică aproximativ 1 vizită pentru fiecare caz nou admis sau 7 vizite pentru fiecare caz pozitiv.

În anul 1933 s'au ținut 144 ședințe cu 228 ore de lucru. S'au dat 1999 consultații, admițându-se 1281 cazuri noi. Față

de anul 1932 avem o creștere de 83% la numărul consultațiilor și o creștere de 79.1% la numărul cazurilor noi admise. Față de anul 1931 avem o urcare de 233.1% la numărul consultațiilor și o creștere de 180.3% la numărul cazurilor noi admise.

În anul 1933 s'au descoperit 153 persoane atinse de tuberculoză ceea ce înseamnă că dintre cazurile noi prezentate la consultații, 11.9% au fost atacate de tuberculoză. În sanatoriu pentru tuberculoși din Săvădisla au fost izolate 38 persoane, iar restul au fost izolate la domiciliu.

În decursul anului 1933 s'au făcut 1231 examinări radioscopice exclusiv în legătură cu consultațiile anti-tuberculoase. Examenul sputei s'a făcut în 43 de cazuri iar reacția Pirquet în 392 cazuri.

Surorile de ocrotire în decursul anului 1933 au făcut 841 vizite la domiciliu ceea ce dă 5.5 vizite pentru fiecare caz pozitiv.

Dacă luăm datele celor 3 ani de activitate anti-tuberculoasă din Plasa Sanitară Model Gilău, obținem o rată de admitere la consultațiile anti-tuberculoase de 88 la 1000 locuitori, iar rata de îmbolnăvire din cazurile nou admise este 12.5%. Natural că aceste date nu pot să fie decât un indiciu pentru o activitate intensă în legătură cu această problemă.

Consultațiile antituberculoase în anii 1931--1933

Anul	Numărul ședințelor	Nr. orelor de lucru	Nr. nollor admiși	Nr. total al consult.	Vizite la domiciliu
1931	62	126	457	600	539
1932	130	201	715	1092	635
1933	144	228	1281	1909	841
Total	336	555	2453	3691	2015

6. Combaterrea bolilor venerice.

În programul medico-social al Plasei Sanitare Model Gilău se prevede lupta împotriva tuturor maladiilor venerice: sifilis, blenoragie și șancru moale. Cazurile de blenoragie și șancru moale descoperindu-se într'un număr foarte mic, toată atenția noastră se concentrează asupra combaterii sifilisului, dat fiind numărul relativ mare al persoanelor atinse de acest flagel social.

Programul nostru de muncă se desfășoară în jurul următoarelor 3 puncte principale:

a) *Depistarea cazurilor.*

Depistarea cât mai timpurie și cât mai completă a cazurilor formează punctul principal al programului nostru anti-veneric. Prezentarea benevolă la consultațiile anti-venerice se întâmplă foarte rar; trebuie să fie un motiv serios, sau o manifestare clinică cu totul neliniștitoare, ca bolnavul să se prezinte la examenul medical. Acest lucru este general de altfel în mediul rural. Afară de aceasta în majoritatea cazurilor boala se manifestă într'un mod latent — forme sifilitice primare sau secundare manifeste întâlnim foarte rar — bolnavul neavând deci un motiv de îngrijorare sau neliniște.

Din aceste motive am fost siliți a recurge la alte mijloace pentru a putea depista cazurile. Astfel vine în considerație în prima linie serviciul consultațiilor de dispensar. Consultațiile prenatale, anti-tuberculoase, ale sugacilor, ale preșcolarilor și ale școlarilor adesea ne permit diagnosticul sau bănuiala unui trecut veneric. Principial noi insistăm pentru reacția Wassermann la toate consultațiile dela dispensar, chiar și în cazurile unde examinarea medicală nu ne dă nici o bănuială asupra acestei maladii — cu excepția examinărilor sugacilor, preșcolarilor și școlarilor unde examinarea serologică se face numai pe baza unor indicațiuni mai precise.

Medicul de circumscripție în clientela sa particulară pentru clarificarea diagnosticului și pentru aplicarea eventualului tratament, îndrumă persoanele la consultațiile anti-venerice dela Casa de ocrotire. Un alt mijloc este cel al recoltării probelor de sânge în masă cu ocazia conferințelor medicale cu subiect de propagandă anti-sifilitică.

Un alt organ care contribuie într'o măsură largă la descoperirea sifilisului este sora de ocrotire. Din contactul ei zilnic cu populația, prin vizitele dese la domiciliu și anchetele familiare, ea este adesea pusă pe cale de a descoperi cazuri cari necesită examinare medicală din punct de vedere veneric. Mai rar contribuie la această muncă moașa și agentul sanitar. În cât privește serviciul de informație al moașelor, el a devenit de o importanță cu totul secundară în urma dezvoltării consultațiilor prenatale, cari au sub supraveghere cea mai mare parte a gravidelor.

b) *Serviciul de consultații anti-venerice.*

Consultațiile anti-venerice se fac de 2 ori pe săptămână la casele de ocrotire și sunt conduse de medicul de circumscripție asistat de sora de ocrotire. La aceste consultații sora de ocrotire ia antecedentele ereditare personale, date relative la un eventual trecut venerian. Urmează examenul medical general și recoltarea serului pentru analizele de laborator. Toate datele sunt trecute în fișa medicală pentru consultații de boli-venerice. Persoanele găsite bolnave se iau sub tratament anti-sifilitic. Tratamentul anti-sifilitic ocupă cea mai mare parte a acestor consultații. Medicamentele întrebuintate sunt cele puse la dispoziția noastră de Ministerul Sănătății și anume: neosalvarsan, bismjochină, rasbi, pentabi, etc. Asupra tehnicii și mersului tratamentului nu insistăm, făcându-se la fel ca în orice serviciu de această natură.

În comunele la distanțe mai mari de casele de ocrotire și cu un număr mai mare de bolnavi, medicul de circumscripție face tratamentul anti-sifilitic deplasându-se odată la săptămână în comună. În atari cazuri injecțiile de neosalvarsan și bismut se fac în aceeași zi.

c) *Serviciul de educație și propagandă.*

Serviciul de educație și de propagandă este susținut de medicul de circumscripție și sora de ocrotire. Cu toate că propaganda sub formă de întruniri cu un număr mai mare de ascultători nu intră strict în programul nostru de activitate, sau în orice caz nu-i dăm importanța care de obicei i-se dă, propaganda anti-sifilitică pentru depistarea cazurilor se face sub formă de conferințe publice. Scopul acestor conferințe este exclusiv cel de a aduna un număr cât mai mare de ascultători și de a-i convinge pe loc de necesitatea examinării periodice a sângelui. Probele de sânge se iau dela cei ce se supun benevol acestei operații imediate după conferință.

În cadrul acestei conferințe medicul face o expunere pe înțelesul ascultătorilor asupra tuturor bolilor venerice insistând în special în expunerea sa asupra sifilisului, vorbind despre caracterul infecțios și cronic al acestei maladii. După cum s'a amintit, acest procedeu de propagandă intră în considerare numai ca mijloc de descoperire a cazurilor venerice.

Propaganda anti-venerică propriu zisă, adică luminarea asupra pericolului veneric, necesitatea urmării tratamentului energetic și conștiincios de către cei atinși de această boală, urmările nefaste ale boalei neglijate atât pentru individ cât și pentru familie și urmași, are cu totul alt caracter. Această propagandă sau mai bine zis educație anti-venerică se face de la individ la individ, sau se desfășoară în fața unui grup mic de indivizi. Acest gen de propagandă are valoarea unei discuții permițând conferențiarului producerea argumentelor în direcția în care ele sunt cerute de mersul discuției. Acest fel de propagandă se face de medic și sora de ocrotire cu ocazia consultațiilor anti-venerice și în contactul lor zi de zi cu populația, la toate ocaziile unde această discuție poate trezi un interes sau se impune de împrejurări. Elementul cel mai activ în propaganda anti-venerică este sora de ocrotire. Activitatea ei în legătură cu bolile venerice se poate grupa în jurul următoarelor puncte principale:

Asistă medicul la consultațiuni și completează fișele medicale după indicațiunile lui.

Face vizite de propagandă la indivizii descoperiți venerici și îi convinge să urmeze tratamentul. Le explică pericolul neglijării tratamentului atât pentru ei cât și pentru familie și urmașii lor.

Face propagandă pentru controlul medical al tuturor persoanelor din familie unde s'a descoperit un caz sau cazuri de sifilis. La îndrumarea acestor categorii de persoane la dispensar ea trebuie să recurgă la toată forța ei de convingere, mai ales că aproape întotdeauna este în situația că trebuie să pledeze pentru o chestiune care trebuie să rămână ascunsă.

Indivizii cari nu-și reîncep la timp — după perioada de repaos — tratamentul, sunt vizitați la domiciliu, sora se interesează de motivul amânării sau abandonării tratamentului și explică răul ce poate urma dintr'un tratament neglijat și incomplet.

Cei cari refuză tratamentul și nu pot fi convinși să-l urmeze, sunt vizitați din timp în timp pentru a se convinge de starea în care se află și în cazul când maladia a luat o formă care periclitează pe cei din jur (manifestațiuni externe) avizează medicul pentru luarea măsurilor de constrângere pentru urmarea tratamentului. Cu ocazia vizitelor la domiciliu — indiferent de cauza vizitei — sora de ocrotire are grija să

adune informațiuni și observațiuni cu privire la posibilitatea unui trecut sifilitic în familie. În caz de bănuie în această direcție invită familia la dispensar pentru luarea probelor de sânge.

Caută să stea de vorbă cu fetele tinere cărora le face o educație detaliată în legătură cu viața sexuală, explicându-le caracterele boalelor venerice, ușurința mare a infecțiunilor și urmările lor grave asupra organismului.

O chestiune care necesită o discuțiune aparte în legătură cu metodele de lucru în combaterea sifilisului, este aceea a comportării medicului și a sorei de ocrotire față de bolnavi în legătură cu natura adevărată a boalei. Această chestiune o amintim din motivul că la începutul activității noastre bolnavii adesea ne-au întrebat dacă boala lor este sau nu de natură sifilitică, căci în caz afirmativ au declarat categoric că renunță la tratament, având teamă de-a fi recunoscuți de conșăteni și desconsiderați din cauza boalei. În atari împrejurări boala a fost etichetată: ca anemie gravă, neurastenii sau alte afecțiuni organice, luându-se totodată măsuri ca întregii noastre activități anti-venerice să i-se păstreze caracterul cât se poate de discret.

O altă chestiune e aceea a măsurilor ce sunt de a se lua față de cei ce refuză tratamentul anti-sifilitic. Tratamentul fiind obligator numai pentru cei cari prezintă pericol de contagiune, în atari cazuri legea sanitară ne dă *toată puterea* pentru a impune urmarea tratamentului chiar prin internarea forțată la spital; i-se pune pacientului recalcitrant alternativa începerii tratamentului sau internarea forțată în spital. În astfel de cazuri niciodată nu s'a refuzat tratamentul și nu am fost siliți să recurgem la măsurile dictate de lege. Suntem mai indulgenți față de bolnavii mai în etate — fără manifestări externe — unde dacă încercările noastre de convingere nu pot ajunge efectul, ne mărginim a-i ține sub supraveghere numai din punctul de vedere al contagiozității. La bolnavii mai tineri, în etate de reproducere, chiar și în cazul când pericolul de contagiune ar părea mic, insistăm pe toate căile pentru urmarea tratamentului având ca scop în atari cazuri combaterea sifilisului ereditar. În linii generale deci sifilisul manifest se ia sub tratament în orice împrejurare, iar în caz de sifilis latent dacă pacientul refuză tratamentul el este ținut sub supraveghere pentru a impune tratamentul atunci când infecțiozitatea reapare.

În general vorbind, populația rurală după o propagandă intensă și continuă, urmează tratamentul anti-sifilitic cu conștiinciozitate mai severă decât s'ar crede.

Consultațiile anti-venerice.

În decursul anului 1931 s'au ținut 173 ședințe cu 225 ore de lucru. S'au dat în total 987 consultații, admițându-se 105 cazuri noi. S'au descoperit 51 cazuri de sifilis ceeace face 49% din cazurile nou admise. Din cazurile descoperite ca pozitive 6% au prezentat leziuni manifeste iar restul sifilis latent sau visceral. 95% din totalul cazurilor de sifilis au urmat regulat tratamentul anti-sifilitic. S'au administrat 807 injecții anti-sifilitice (neosalvarsan și bismut). S'au luat 107 probe de sânge pentru reacția Wassermann. S'au mai descoperit 13 cazuri de blenoragie, dintre cari 2 persoane au urmat tratamentul regulat la dispensar iar 11 persoane s'au tratat la domiciliu.

Surorile de ocrotire au făcut 153 vizite la domiciliu pentru venerieni, ceeace dă 3 vizite pentru fiecare caz pozitiv.

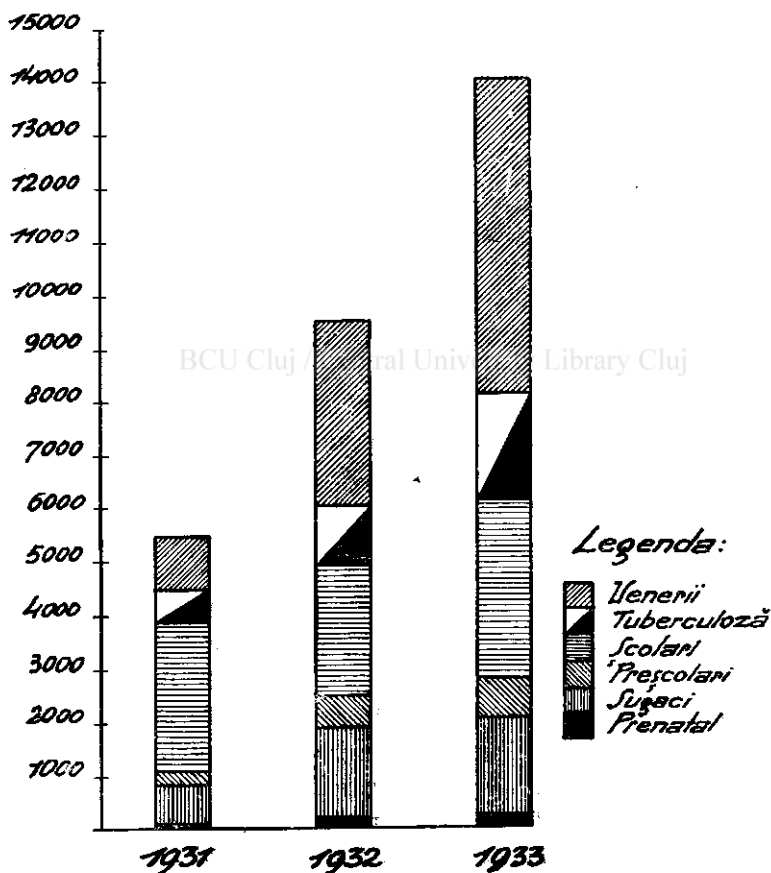
În anul 1932 s'au ținut 365 ședințe cu 641 ore de lucru. Numărul total al consultațiilor a fost de 3499, iar cel al noilor admiși de 1048, ceeace înseamnă că am avut o creștere de 254% la numărul consultațiilor și o creștere de 898% la numărul noilor admiși față de anul anterior. S'au descoperit 208 cazuri pozitive, ceeace face 19.8% din cazurile nou admise. Din cazurile descoperite ca pozitive 86% au prezentat sifilis latent sau visceral, iar 14% au prezentat leziuni manifeste. În decursul anului s'au administrat 2573 injecții anti-sifilitice (neosalvarsan și bismut), adică cu 218% mai mult decât în anul 1931. Rata de admitere este 37 la 1000 locuitori. Reacția Wassermann s'a executat în 962 cazuri.

Surorile de ocrotire au făcut 430 vizite la domiciliu, adică aproximativ câte 2 vizite pentru fiecare caz nou descoperit.

În anul 1933 s'au ținut 433 ședințe cu 983 ore de lucru și s'au dat în total 5864 consultații, admițându-se 1625 cazuri noi. Față de anul 1932 avem o creștere de 67.1% la numărul consultațiilor și o creștere de 55% la numărul noilor admiși. Față de anul 1931 avem o creștere de 494% la numărul consultațiilor și o creștere de 1220% la numărul noilor admiși. Rata de admitere pe anul 1933 este 57.2 la 1000 locuitori. S'au descoperit 245 cazuri noi de sifilis ceeace face 15.1% din cazurile nou admise. Din cazurile descoperite ca pozitive

72% au urmat regulat tratamentul. Din totalul cazurilor noi de sifilis 12.7% au prezentat leziuni manifeste, restul cazuri-

Consultatiile gratuite date în Plasa Sanitară Model Gilău.



lor prezentând sifilis latent sau visceral fără manifestățiuni cutanate.

Surorile de ocrotire au făcut 864 vizite la domiciliu, ceea ce dă 3.5 vizite pentru fiecare caz pozitiv.

Dacă luăm datele din cei 3 ani de activitate ai Plasei Sanitare, obținem o rată de admitere la consultațiile anti-vene-

rice de 90.5 la 1000 locuitori, iar rata de îmbolnăvire din cazurile nou admise de 17.5%. Natural aceste date deși oglindesc rezultatul activității pe 3 ani, nu le putem considera ca date definitive, pentru a trage concluzii asupra cărora să nu revenim.

Consultațiile anti-venerice în anii 1931—1933

Anul	Numărul ședințelor	Nr. ore/or de lucru	Nr. nollor admiși	Nr. total al consult.	Vizite la dom ciliu
1931	173	224 ⁶⁵	105	987	153
1932	365	640 ⁴⁰	1048	3499	430
1933	433	983 ¹⁵	1625	5804	864
Total	971	1848 ²⁰	2778	10350	1447

7. Combaterea bolilor infecto-contagioase.

Lupta contra acestor maladii primează față de orice altă activitate; în caz de epidemii grave, întreaga noastră atențiune se concentrează în jurul acestei probleme în dauna temporală a celorlalte probleme sanitare. În cazul când medicul și personalul sanitar al unei circumscripții s'ar dovedi insuficient pentru combaterea epidemiei, se recurge la colaborarea întregului personal din Plasă. Toate lucrările în acest domeniu sunt îndrumate și controlate de medicul igienist al Plasei.

La combaterea epidemiilor rolul hotărâtor îl joacă descoperirea cât mai timpurie și cât mai precisă a tuturor bolnavilor. Luându-se în considerare tendința răspândită și înrădăcinată în populație de a se eschiva obligației ce o are în declararea cazurilor de această natură, evident trebuie să recurgem la mijloace de investigație mai sigure și mai eficace, cari să ne permită o cunoaștere cât mai reală și cât mai precisă a situației din punct de vedere epidemiologic.

a) Depistarea cazurilor.

Medicii de circumscripție, cu ocazia inspecțiilor sanitare pe cari le fac în comunele din raza activității lor, au grijă ca înainte de toate să viziteze școala controlând elevii și luând informațiuni dela ei. Această metodă este foarte folositoare, căci școlarul nu are rezerva adultului și spune adevărul în legătură cu bolile infecto-contagioase. Medicul face lista ele-

vilor absenți, ia informații dela învățător relative la cauza acestor absențe, vizitează pe toți elevii absenți la domiciliu, examinându-i. Astfel are ocazie, obligat de împrejurări, să viziteze mai multe familii în diferite părți ale comunei, având posibilitatea să culeagă noi informațiuni relative la existența vre-unei boli infecțioase. Se interesează dela autoritățile comunale sau dela alte persoane capabile de a da informațiuni în această direcție, despre eventualele cazuri bănuite.

Consultațiile dela Casa de ocrotire, mai ales acele ale copiilor, permit adesea descoperirea astorfel de cazuri. Mai rar avem ocazia să descoperim prin diagnostic retrospectiv, pe baza complicațiunilor ulterioare sau pe baza altor semne (nefrite scarlatinoase, paralizii post difterice, descvamări etc.), cazurile ținute până atunci nedeclarate.

Sora de ocrotire este un ajutor prețios în descoperirea acestor cazuri mai ales în comunele unde vizitele ei sunt mai frecvente. Pe lângă faptul că ea are ocazie să afle mai ușor toate chestiunile familiare, are ocazia să culeagă și informațiuni referitoare și la alte familii din comună. Sora de ocrotire, în urma cunoștințelor sale profesionale poate să recunoască adesea cu multă aproximație caracterul eventual infecțios al cazului întâlnit. În cazul când bănuiește vre-un caz infecțios îl îndrumă la medic, anunțând în acelaș timp medicul pentru luarea măsurilor, în cazul când bolnavul ar refuza consultația medicală.

Anunțul obligator în cazul unei bănuieli de epidemii din partea organelor administrative are pentru noi o valoare redusă; descoperirea cazurilor se face azi cu destulă promptitudine pentru a nu fi siliți să recurgem prea des la acest serviciu de informații al oficialităților comunale, cari din lipsa unor cunoștințe cât de sumare în acest domeniu, se sesizează de obicei când epidemia a luat o întindere mai mare.

Medicul de circumscripție descoperind un caz de boală infecto-contagioasă face primele investigații referitoare la proveniența și calea de infecție, ia primele măsuri referitoare la combatere, trecând toate acestea în fișa „raport epidemiologic individual” pe care îl înaintează medicului igienist de Plasă în primele 48 de ore după descoperirea cazului. În această fișă sunt trecute pe lângă datele pur epidemiologice și datele personale ale bolnavului, precum și adresa lui. Medicul igienist de Plasă, în toate aceste cazuri, se deplasează la adresa

indicată în fișă, verifică diagnosticul și ia măsurile dictate de caracterul boalei.

Cu toate mijloacele multiple enumerate mai sus, cari ne stau la îndemână și cari s'au dovedit bune pentru preîntâmpinarea epidemiilor — în cazurile când se bănuiește că aceste mijloace n'au fost în stare să aducă la cunoașterea precisă a situației și când se bănuiește existența unor focare sporadice, medicul igienist de plasă organizează anchete epidemiologice. Aceste anchete se fac pe întreaga comună și din casă în casă, fiecare persoană anchetatoare având un sector prealabil stabilit pe baza hărții topografice a comunei.

La aceste anchete iau parte medicii și personalul auxiliar al Plasei. În caz de nevoie se cere ajutorul Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj, care pe lângă îndrumările tehnice delegă o parte a personalului său medical pentru a completa această anchetă din toate punctele de vedere. Cu ocazia acestor anchete se insistă asupra tuturor factorilor de importanță asupra epidemiei, cum sunt: izvorul de infecție, calea de infecție, persoane de contact, purtători de germeni, etc. Ancheta se completează cu toate analizele de laborator impuse de împrejurări, luându-se probe din materialul bănuît infecțios (apă din fântâni, sânge, materii fecale, secreții faringiene etc.). După terminarea anchetei întreg personalul anchetator se întrunește la primăria comunală unde se concentrează toate datele culese cu ocazia anchetei. Se întocmește harta epidemiologică a comunei, lista cronologică a infecțiilor și se iau măsurile dictate de caracterul maladiei.

b) Izolarea bolnavilor.

Izolarea bolnavilor e o problemă foarte importantă în combaterea epidemiilor. Principial toate cazurile de boală infecto-contagioasă cu caracter grav sunt trimise spre izolare la spitalul epidemic din Cluj. Excepțiuni se admit numai în cazuri de forță majoră sau în cazuri bine motivate cum e de ex., descoperirea unui caz de febră tifoidă după 2—3 săptămâni de boală când transportarea la o distanță mai mare ar însemna un pericol pentru bolnav, sau în cazul când izolarea la domiciliu ne dă toată garanța unei izolări conștiincioase și există posibilități ca bolnavul să fie îngrijit de o persoană corespunzătoare.

Bolnavul izolat la domiciliu stă sub îngrijirea medicului

de circumscripție și a sorei de ocrotire, controlat fiind de către medicul igienist de Plasă. Bolnavul izolat la spital, după reîntoarcere continuă să rămână sub supraveghere medicală până când se constată că nu mai este infecțios. Atât bolnavii izolați la domiciliu cât și bolnavii reîntorși dela spital, au o fișă epidemiologică în care se notează data tuturor vizitelor, data și felul tratamentului aplicat și a măsurilor ce s'au luat, precum și datele referitoare la examinările de laborator, și la terminarea boalei.

Toate cazurile de boli infecto-contagioase din cuprinsul Plasei sunt ținute în evidență de către medicul igienist.

Mișcarea bolilor infecto-contagioase.

În cursul anului 1931 am avut următoarele:

Difterie	3	cazuri
Erisipel	4	"
Febră tifoidă	11	" cu 2 decese
Scarlatină	13	" " " "
Tusă convulsivă	43	" " " "
Varicelă	21	"

Cazurile de *difterie* s'au ivit într'o singură comună în luna Decembrie. Izolarea s'a făcut la domiciliu. Etatea bolnavilor este între 10—12 ani. Toate cazurile au avut atât simptome obiective cât și subiective foarte reduse. Presupunându-se că ar mai putea fi cazuri cari din motivul simptomelor puțin alarmante nu se prezintă la medic, s'a făcut o anchetă epidemică recoltându-se material pentru analizele de laborator. Rezultatul a fost că nu sunt purtători de germeni și că morbiditatea este redusă.

Cazurile de *erisipel* au fost repartizate pe 3 comune cu câte 1, 1 și 2 cazuri. Cazurile au fost izolate la domiciliu ne prezentând gravitate deosebită.

Cazurile de *febră tifoidă* au fost repartizate pe 5 comune cu câte 1, 1, 1, 2 și 6 cazuri. Dintre acestea 8 cazuri au fost internate la spital iar restul au rămas la domiciliu. 7 cazuri s'au ivit în luna Octombrie, iar restul cazurilor în lunile Decembrie și Ianuarie. Etatea bolnavilor a fost între 5—42 ani.

În comuna Tăuți unde într'un interval scurt s'au ivit 6 cazuri, s'a făcut anchetă epidemiologică luându-se probe de apă din cele 2 fântâni publice de unde se aprovizionează majoritatea populației din comună, 4 probe de sânge pentru he-

mocultură și 44 probe de materii fecale. Rezultatul anchetei a fost că cele 2 fântâni comunale nu sunt infectate, iar dintre probele de hemocultură 1 a fost pozitivă iar 3 negative și din materiile fecale într'un singur caz s'a putut pune în evidență bacilul paratific B.

După luarea măsurilor, nu s'a mai ivit nici un caz nou.

Cazurile de *scarlatină* s'au ivit în 5 comune cu câte 1, 1, 2, 3 și 6 cazuri, cele 6 cazuri dintr'o singură comună s'au izolat într'o infirmerie provizorie, stând tot timpul sub supravegherea, tratamentul și controlul medical, iar restul cazurilor au fost izolate la domiciliu. Din totalul cazurilor 10 s'au ivit în lunile de iarnă și 3 cazuri în luna Iunie. Etatea bolnavilor a fost între 2—12 ani.

Tusa convulsivă. Cazurile s'au ivit în 5 comune cu câte 1, 4, 6, 8, 9 și 15 cazuri. Toate aceste cazuri au decurs în mod ușor și au fost izolate la domiciliu.

Varicela. Cazurile s'au ivit în 2 comune cu câte 4 și 17 cazuri izolându-se la domiciliu.

In anul 1932 s'au înregistrat următoarele:

Difterie	8 cazuri cu 2 decese.
Disenterie	91 cazuri cu 12 decese.
Erisipel	3 cazuri cu — decese.
Febră tifoidă	6 cazuri cu 1 deces.
Rugeolă	5 cazuri cu — decese.
Scarlatină	1 cazuri cu — decese.
Tusă convulsivă . . .	62 cazuri cu 1 deces.
Varicelă	4 cazuri cu — decese.

Difteria s'a ivit în 4 comune cu câte 1, 1, 2 și 4 cazuri; 5 cazuri au fost izolate la domiciliu, iar 3 la spitalul epidemic din Cluj. Din totalul cazurilor 4 s'au ivit în luna Ianuarie, 3 în luna Martie și 1 în luna Decembrie. Etatea bolnavilor a fost între 2—22 ani.

Pentru cele 4 cazuri ivite în luna Ianuarie în comuna Săvădisla, după terminarea anchetei epidemiologice, s'au luat măsuri de vaccinare cu anatoxină difterică pentru toți copiii între etatea 2—14 ani. La această vaccinare s'a folosit anatoxină difterică preparată de Institutul de Seruri și Vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino” București. S'au vaccinat în total 300 copii dintre cari 46 numai cu o singură doză. Reacțiunile după administrarea vaccinului s'au manifestat prin temperatură ridi-

cată, prin edeme și inflamații locale. Aceste fenomene au dispărut însă repede fără urmări. Fenomene mai serioase au fost observate la cei mai în etate (13—14 ani). Dela data acestei vaccinări nu s'a înregistrat nici un caz nou în comună.

Disenteria s'a ivit în 3 comune cu câte 2, 35 și 54 cazuri. Primele cazuri au apărut în luna August în comuna Păniceni, având caracter explosiv. La început s'au observat îmbolnăviri numai între sugaci și preșcolari, iar către sfârșitul epidemiei s'au înregistrat cazuri și la adulți. Examinările bacteriologice făcute prin însămânțări la fața locului n'au fost în stare să evidențieze bacilul disenteriei. În baza acestui rezultat bacteriologic și prin faptul că la început îmbolnăvirile s'au limitat numai la copii sugaci și preșcolari, s'a ezitat cu punerea diagnosticului de disenterie, mai ales că nici aspectul clinic nu era pentru un diagnostic de disenterie. Pe timpul cât a durat această epidemie, sora de ocrotire a avut domiciliul în această comună. Medicul igienist de plasă împreună cu medicul circumscripției, au vizitat și luat măsurile la fața locului zilnic, iar medicul pediatru s'a deplasat acolo de 2 ori la săptămână pentru consultații. În tot timpul epidemiei s'au distribuit medicamente gratuite pentru bolnavi. S'au înregistrat în total 54 cazuri de îmbolnăviri survenind 7 decese. Epidemia s'a stins la data de 8 Octomvrie.

La data de 1 Septemvrie în comuna Măguri s'au ivit îmbolnăviri cu aceleași simptome. Comuna fiind extrem de greu accesibilă, nu s'au putut executa examinările bacteriologice. Bazați însă pe faptul că epidemia de disenterie a fost semnalată la acest timp în diferite regiuni din Ardeal, s'a încercat tratamentul cu ser anti-disenteric. Acest tratament a avut ca rezultat ameliorări evidente în cazurile unde serul s'a administrat la începutul boalei. În această comună s'au înregistrat 35 cazuri de îmbolnăviri cu 5 decese. Epidemia s'a stins la data de 15 Octomvrie. S'au mai ivit 2 cazuri în comuna Vălișoara dar acestea au fost de un aspect benign și după un tratament simptomatic de câteva zile s'au vindecat.

Erisipelul, s'a ivit în 2 comune cu câte 1 și 2 cazuri, cari au fost izolate și tratate la domiciliu.

Febra tifoidă s'a ivit în 3 comune cu câte 1, 1 și 4 cazuri. Dintre acestea, 3 au fost izolate la spitalul epidemic din Cluj, iar 3 cazuri au fost izolate la domiciliu. Toate cazurile s'au ivit în lunile de toamnă. Etatea bolnavilor a fost între 10—13 ani.

Scarlatina s'a ivit într'un singur caz într'o comună. Cazul a fost izolat la spitalul epidemic din Cluj.

Rugeola s'a ivit într'o comună cu 5 cazuri, cari au fost izolate la domiciliu.

Tusa convulsivă s'a ivit în 5 comune cu câte 5, 9, 13, 18 și 18 cazuri. Toate cazurile au fost izolate și tratate la domiciliu. S'a înregistrat un caz mortal în urma complicațiunei cu broncho-pneumonie.

Varicela s'a ivit în 2 comune cu câte 2 și 2 cazuri. Cazurile au fost izolate la domiciliu.

În anul 1933 s'au înregistrat următoarele:

Antrax	3 cazuri
Disenterie	54 cazuri cu 5 decese.
Difterie	15 cazuri cu 5 decese.
Febră tifoidă	6 cazuri cu 1 deces.
Parotidită epidemică . .	2 cazuri
Rugeolă	304 cazuri cu 1 deces.
Tusă convulsivă	24 cazuri
Varicelă	22 cazuri

Antrax s'a ivit în 2 comune cu câte 1 și 2 cazuri. Toate cazurile au fost izolate și tratate la spitalul epidemic din Cluj.

Disenteria s'a ivit în 4 comune cu câte 1, 3, 12 și 38 cazuri. Cu ocazia acestor epidemii s'au făcut anchete epidemiologice și s'au făcut examinări bacteriologice prin însămânțare la fața locului. Astfel s'a putut pune în evidență bacilul „Y” din grupul bacililor disenterici. Toate cazurile au fost izolate și tratate la domiciliu. Tratamentul precum și măsurile de desinfecție, au fost luate de către medicul igienist al Plasei ajutat de medicii de circumscripție.

Difteria s'a ivit în 8 comune cu câte 1, 1, 1, 1, 1, 2, 3 și 5 cazuri. Dintre acestea 4 cazuri au fost izolate la domiciliu, iar 11 au fost izolate la spitalul epidemic din Cluj. În fiecare comună s'a făcut anchetă epidemiologică și luându-se măsuri s'a putut împiedeca extinderea epidemiei.

Febră tifoidă s'a ivit în 5 comune cu câte 1, 1, 1, 1 și 2 cazuri. Dintre acestea 4 cazuri au fost izolate la spitalul epidemic din Cluj, iar 2 la domiciliu.

Parotidita epidemică s'a ivit într'o singură comună. Cazurile au fost izolate și tratate la domiciliu.

Paralizia infantilă s'a ivit în 2 comune cu câte 1 și 1 ca-

zuri. Ambele cazuri au fost izolate și tratate la spitalul epidemic iar ulterior în spitalul Ortopedic din Cluj.

Rugeola s'a ivit în 14 comune cu câte 2, 4, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 26, 37, 40, 52 și 58 cazuri. Cazurile au fost izolate și tratate la domiciliu. Cazul mortal a survenit în urma complicației de broncho-pneumonie.

Tusa convulsivă s'a ivit în 4 comune cu câte 5, 5, 7 și 7 cazuri. Cazurile au fost izolate la domiciliu.

Varicela s'a ivit în 5 comune cu câte 2, 2, 2, și 9 cazuri. Cazurile au fost izolate la domiciliu.

Mișcarea bolilor infecto-contagioase în anii 1931, 1932 și 1933

Numirea boalei	1931		1932		1933	
	No. cazurilor	No. deceselor	No. cazurilor	No. deceselor	No. cazurilor	No. deceselor
Antrax	—	—	—	—	3	—
Disenterie	—	—	91	12	54	3
Difterie	3	—	8	2	15	5
Erisipel	4	—	3	—	—	—
Febră tifoidă	11	2	6	1	6	1
Parotidită epid.	—	—	—	—	2	—
Paralizie infant.	—	—	—	—	2	—
Rugeolă	—	—	5	—	304	1
Scarlatină	13	2	1	—	—	—
Tusă convulsivă	43	—	62	1	24	—
Varicelă	21	—	4	—	22	—

8. Vaccinarea Anti-tuberculoasă.

Vaccinarea anti-tuberculoasă a fost începută în luna Iunie 1931. Această vaccinare se face cu vaccinul B. C. G. primit de la Institutul de Seruri și Vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino” din București. Se vaccinează noii născuți în primele 10 zile după naștere și se administrează 3 doze egale la intervale de câte 2 zile. Sunt excluși de la această vaccinare: noii născuți febrili, cei cu malformațiuni congenitale și debili congenitali cu debilitate exprimată precum și cei cu alte maladii grave.

Operațiunile de vaccinare nu se execută în întreaga Plasă, ci numai în comunele de reședință a circumscripțiilor și

în comunele apropiate lor. Excepție face circumscripția Rechetău din cauza că aprovizionarea cu vaccin întâmpină dificultăți, fiind mare distanța între Gilău și Rechetău. Dar și în cazul când aprovizionarea ar fi mai ușoară, executarea acestor operațiuni ar fi imposibil de realizat, casele comunelor fiind resfirate dealungul munților la distanțe foarte mari.

Vaccinarea se face fără considerare dacă există sau nu în familie un focar tuberculos; dacă nu există de prezent el poate să apară mai târziu, iar noul născut poate veni mai târziu în contact cu persoane tuberculoase în afară de familie.

Se încearcă întotdeauna separarea noului născut în prima lună, dacă mama prezintă leziuni tuberculoase. Această măsură întâmpină opuneri atât de categorice încât este inaplicabilă. Pentru a realiza totuși principiul izolării noului născut, în această perioadă de stare alergică, care formează condiția fundamentală a imunizării, se încearcă internarea gravidei pe timpul facerii și lehuziei într'un serviciu de maternitate unde problema izolării poate fi executată cu mai puține greutăți. Dacă focarul de tuberculoză există la un alt membru din familie, izolarea se face relativ mai ușor, prin scoaterea din familie a persoanei bolnave sau plasarea mamei și a copilului în altă parte.

Evidența noi născuților pentru vaccinare se face în parte prin oficiul stării civile de unde se iau informații zilnice, iar pe de altă parte prin moașe, cari au obligația de a anunța medicul și sora de ocrotire despre nașterile asistate.

Din comunele cu instalații telefonice, anunțurile despre nașteri se iau pe această cale. Mare parte a gravidelor fiind sub supravegherea surorilor de ocrotire, gravida este rugată să anunțe sora de ocrotire imediat după naștere, pentru a se face vaccinarea noului născut, iar pe de altă parte i-se explică viitoarei mame avantajul vaccinării încă din bună vreme, pentru a nu se opune acestor vaccinări, încă neimpuse de lege.

Administrarea vaccinului se face de către surorile de ocrotire; sub nici un motiv nu se încredințează acest lucru altei persoane.

Copiii vaccinați sunt ținuti în evidență prin fișe individuale speciale în cari se trec toate datele mai importante din viața lor. Supravegherea lor se face sistematic, atât din partea medicului cât și din partea sorei de ocrotire.

Datele numerice relative la vaccinările B. C. G. se prezintă după cum urmează:

I. In anul 1931.

Vaccinările s'au executat în 11 comune.

Numărul nașterilor din aceste comune: 214.

Numărul vaccinațiilor: 169

Numărul nevaccinațiilor: 45

Total: . . . 214

Numărul deceselor sub 1 an 23

Decesele sub 1 an, după etate.

Categoria	0-10 zile	11 zile- -1 lună	2-6 luni	7-12 luni	Total
Vaccinați	1	5	3	—	9
Nevaccinați	10	3	1	—	14
Total :	11	8	4	—	23

II. In anul 1932.

Vaccinările s'au executat în 10 comune.

Numărul nașcuților din aceste comune: 424.

Numărul vaccinațiilor 184

Numărul nevaccinațiilor 240

Total: . . . 424

Numărul deceselor sub 1 an: . . . 75

Decesele sub 1 an, după etate.

Categoria	0-10 zile	11 zile- -1 lună	2-6 luni	7-12 luni	TOTAL
Vaccinați . . .	1	1	12	5	19
Nevaccinați . .	18	11	26	1	56
Total . .	19	12	35	6	75

III. În anul 1933.

Vaccinările s'au executat în 10 comune.

Numărul născuților din aceste comune: 348.

Numărul vaccinaților 175

Numărul nevaccinaților 173

Total: . . . 348

Numărul deceselor sub 1 an: 35

Decesele sub 1 an, după etate.

Categoria	0—10 zile	11 zile— 1 lună	2—6 luni	7—12 luni	TOTAL
Vaccinați . .	—	2	6	1	9
Nevaccinați .	8	6	9	3	26
Total: . .	8	8	15	4	35

Procentul vaccinaților pentru cei născuți este următorul:

Pentru anul 1931 = 79%.

Pentru anul 1932 = 44.5%.

Pentru anul 1933 = 50.3%.

Dacă punem față în față datele referitoare la cele 2 grupuri: ale vaccinaților și nevaccinaților, evident obținem rezultate extrem de favorabile pentru cei vaccinați. Însă pentru a avea cifre cari să poată fi comparate, se impune în prealabil o prelucrare a cifrelor brute obținute. Cifrele referitoare la mortalitatea celor 2 grupuri de vaccinați și nevaccinați, nu sunt comparabile între ele. Operația vaccinării începe între ziua 3-a și a 6-a după naștere și se termină între zilele 7—10. Deci toate cazurile de decese înaintea zilei a 7-a trec la grupul nevaccinaților. Prin urmare e evident că grupul nevaccinaților va cuprinde un număr mai mare de decese chiar dacă mortalitatea ar fi perfect egală la ambele grupuri de sub comparație. Deci ar fi mai recomandabil ca, la calcularea mortalității infantile pe categoria vaccinați și nevaccinați, să se omită cazurile de decese din prima săptămână; iar deoarece adesea vaccinarea se termină abia în ziua a 10-a, să se ia de bază la calcularea mortalității infantile, perioada dela 11 zile—1 an. Dar nici acest procedeu nu e în stare să exprime

cu exactitate statistică, deosebirea dintre aceste 2 grupuri. Operația vaccinării din punct de vedere tehnic terminată, nu ne îndreptățește ca pe cel vaccinat să-l considerăm și din punct de vedere biologic ca atare. Pentru câștigarea imunității anti-tuberculoase se presupune o perioadă de cel puțin 4 săptămâni, deci nu e just ca un copil vaccinat, mort de ex. în ziua 15-a după naștere, să fie trecut la grupul vaccinaților decedați.

Credem de nimerit ca, atunci când se compară mortalitatea infantilă pe categoria vaccinaților și nevaccinaților, să se calculeze *mortalitatea infantilă redusă* adică perioada de 1—12 luni. Dar nici în acest caz nu avem încă siguranța că datele pot fi perfect comparabile între ele. Motivul acestei afirmațiuni este următorul: vaccinarea B. C. G. ne fiind încă impusă prin lege ca obligatorie, ea se execută deocamdată în cazurile unde părinții o cer sau nu o refuză. E foarte important ca această vaccinare, atâta timp cât nu e legal impusă, să fie executată cu multă prudență pentru a nu da ocazie populației și așa destul de peîncrעzătoare în acest lucru, să tragă la îndoială caracterul ei inofensiv. Foarte mulți copii mor în primele zile după naștere fără ca părinții să caute prea mult cauza morții, dar dacă moartea atinge unul vaccinat, îndată se ivește bănuiala. Deci pentru a nu compromite acest început sunt omiși dela vaccinare cei amintiți la începutul acestui capitol. Această selecționare încă are de spus un cuvânt la deosebirea de mortalitate între cele 2 grupuri. Iată cum se prezintă mortalitatea pe grupuri de etate după raționamentul enunțat mai sus:

În anul 1931 rata mortalității infantile (0—1 an) este de 31.1% pentru cei nevaccinați și de 5.5% pentru cei vaccinați; este deci de 6 ori mai mare la cei nevaccinați decât la cei vaccinați. Calculând însă mortalitatea în perioada: 11 zile—1 an, obținem cifra de 8.8% pentru cei nevaccinați și 4.7% pentru cei vaccinați. Dacă calculăm mortalitatea infantilă redusă 1 lună—1 an, obținem 2.2% pentru cei nevaccinați și 1.7% pentru cei vaccinați.

**Mortalitatea infantilă pe grupuri de etate
în anul 1931.**

Categoria	0—1 an	11 zile - 1 an	1 lună - 1 an
Vaccinați	5.3 %	4.7 %	1.7 % \pm 0.99 %
Nevaccinați	31.1 %	8.8 %	2.2 % \pm 2.19 %

În anul 1932 mortalitatea infantilă (0—1 an) a fost de 23.3% pentru cei nevaccinați și de 10.3% pentru cei vaccinați. Mortalitatea calculată în perioada de: 11 zile—1 an, este de 15.8% pentru cei nevaccinați și 9.7% pentru cei vaccinați, iar mortalitatea infantilă redusă, 1 lună—1 an, dă 11.2% la nevaccinați și 9.2% la vaccinați.

**Mortalitatea infantilă pe grupuri de etate
în anul 1932.**

Categoria	0—1 an	11 zile - 1 an	1 lună - 1 an
Vaccinați	10.3 %	9.7 %	9.2 % \pm 2.13 %
Nevaccinați	23.3 %	15.8 %	11.2 % \pm 2.04 %

În anul 1933 mortalitatea infantilă (0—1 an) este de 15% la nevaccinați și 5.2% la cei vaccinați. Mortalitatea calculată în perioada: 11 zile—1 an este de 10.4% la cei nevaccinați și de 5.2% la cei vaccinați, iar mortalitatea infantilă redusă: 1 lună—1 an, este de 6.9% la nevaccinați și 4% la cei vaccinați.

**Mortalitatea infantilă pe grupuri de etate
în anul 1933.**

Categoria	0—1 an	11 zile-1 an	1 lună - 1 an
Vaccinați	5.2 %	5.2 %	4.0 % \pm 1.48 %
Nevaccinați	15 %	10.4 %	6.9 % \pm 1.98 %

Făcând comparație între datele anului 1931, față de cele din 1932 și 1933, reiese o deosebire în ce privește procentul vaccinărilor. Această deosebire provine din faptul că, începând cu a doua jumătate a anului 1932 vaccinările s'au efectuat numai tot la al doilea nou născut, cazul intermediar fiind de control. S'a luat această măsură pentru a putea decide dacă mortalitatea vaccinaților, care este mai mică decât mortalitatea nevaccinaților, ține exclusiv la efectul vaccinului, sau pe lângă acest efect, intervine și îngrijirea mai rațională a acestora în urma deselor examinări medicale și vizite la domiciliu din partea surorilor de ocrotire. Sugaciul indiferent de categoria din care face parte, se bucură de aceeași îngrijire din partea noastră. Deci singura deosebire dintre aceste 2 categorii este numai vaccinarea și cu timpul devenind cazurile destul de numeroase se va putea observa efectul vaccinării pe de o parte și cel al îngrijirii pe de altă parte.

Calculând mortalitatea infantilă pe grupuri de etate și categorii, observăm că diferențele între mortalitatea vaccinaților și nevaccinaților sunt tot mai mici, după cum reducem perioada de vârstă pe care se bazează calculația, reducere impusă de faptul că nu pot fi considerați vaccinați cu succes și prin urmare imunizați, decât copiii cari au supraviețuit *prima lună a vieții*. Dar chiar și în acest caz grupurile respective de etate nu ne oferă grupuri perfect comparabile, întrucât copiii debili, febrili și cu malformațiuni congenitale intră în mod forțat în grupul nevaccinaților, urcând în consecință și mortalitatea acestui grup.

Calculând mai departe eroarea probabilă a ratei mortalității grupurilor dela 1 lună la 1 an, pentru a determina dacă diferențele rămase sunt sau nu semnificative, vedem că pentru anul 1931, aceste diferențe nu sunt semnificative, rata mortalității infantile nefiind de 3 ori mai mare decât eroarea probabilă respectivă, în urma faptului că ratele mortalității infantile se bazează pe observațiuni prea puține.

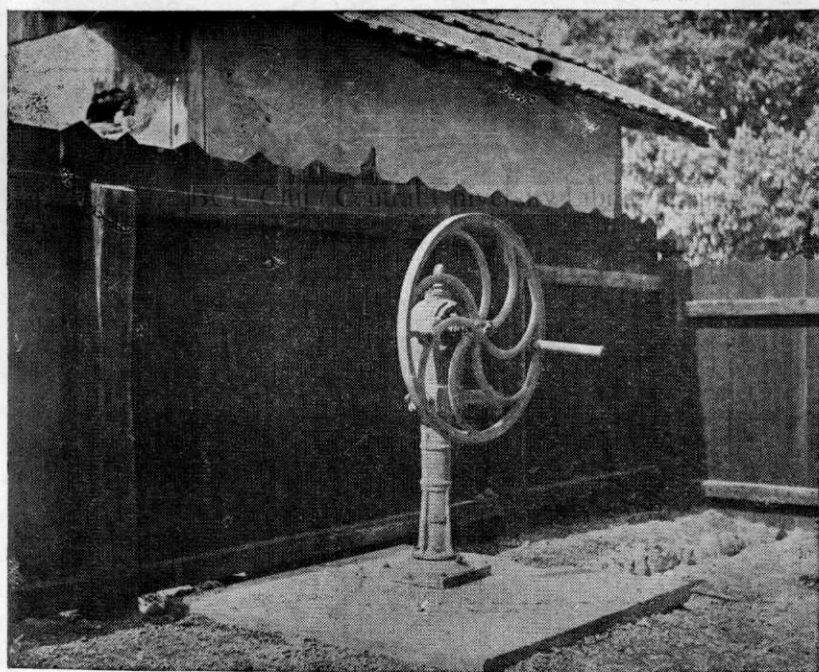
În anii 1932 și 1933 aceste diferențe a ratelor sunt semnificative.

Având în vedere că numărul vaccinaților cu vaccinul B. C. G. este prea mic pentru a trage concluzii definitive, deocamdată putem spune că mortalitatea la cei vaccinați este mai redusă decât la cei nevaccinați. În ce măsură contribuie

vaccinarea B. C. G. la această reducere și ce atenție trebuie să-i dăm, ne va arăta viitorul când vom avea mai multe cazuri observate.

9. Lucrări și demonstrații în sanitație.

În urmărirea programului nostru de muncă am încercat să dăm acestor lucrări o extindere cât se poate de mare, mai ales în legătură cu aprovizionarea cu apă și cu îndepărtarea reziduiilor umane. Aceste lucrări au avut un scop demonstrativ și educativ, în același timp însă, au servit pentru noi ca studiu pentru experimentarea tehnică și igienică a metodelor de muncă și a sistemelor de introdus.

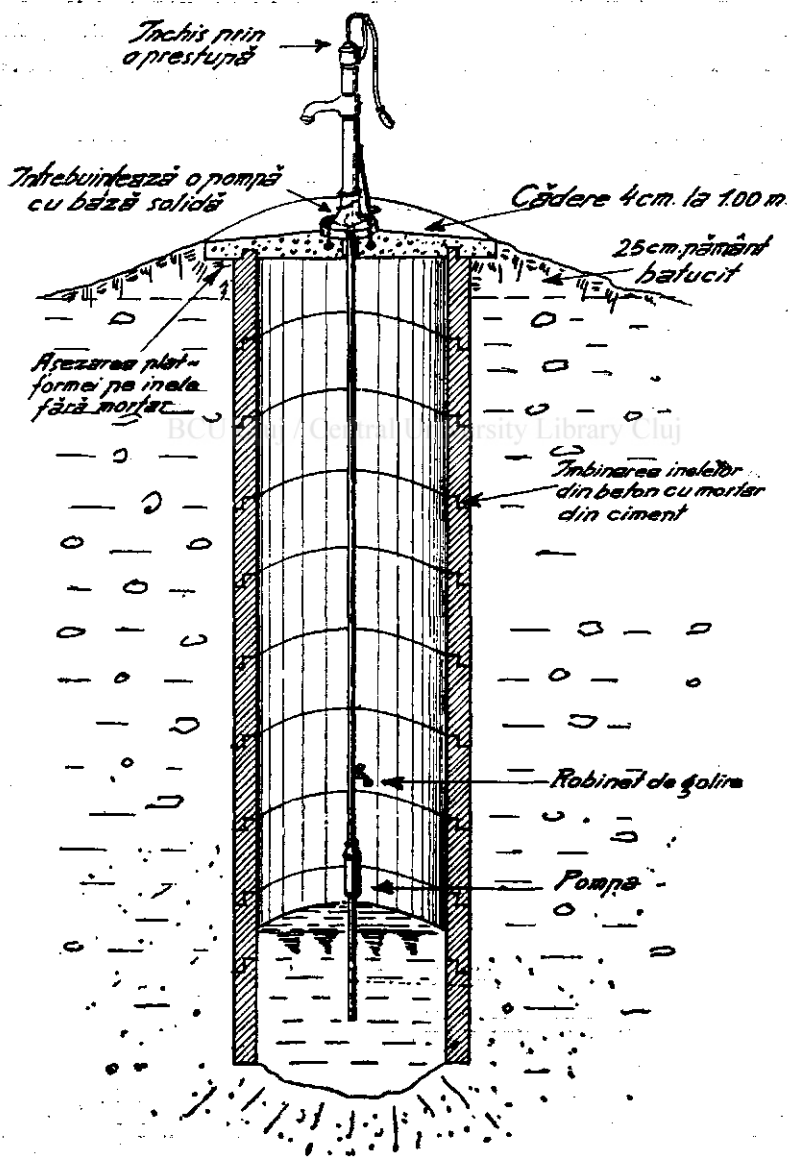


FÂNTÂNĂ PUBLICĂ.

Problema aprovizionării cu apă potabilă în regiunea noastră prezintă aspecte foarte variate în diferitele ei părți. În comunele de munte nu sunt fântâni; apa de beut se procură dintr'o mulțime de izvoare cari se află la fiecare pas și cari prezintă o garanție suficientă din punct de vedere bacteriologic, atâta timp cât populația se servește direct de apa de izvor

necaptată într'un bazin sau rezervor. În comunele de șes, unde primul strat impermeabil este foarte adânc, aprovizionarea cu apă se face din fântâni cu cumpănă sau (mai rar)

Fântână rurală



cu cârlig. Fântâni publice sunt foarte puține. În schimb aproape fiecare gospodărie își are fântâna sa. Protecția fântânilor este cu totul primitivă; nu sunt acoperite suficient și sunt contaminate cu apă de suprafață, neavând o margine protectoare ridicată peste nivelul solului.

Cu scopul de a introduce un sistem de fântâni care să evite dezavantagiile celor de sus și care să servească de model pentru construcții în viitor, s'a întreprins o campanie de construcții de fântâni publice și particulare sub îndrumarea și controlul tehnic al Plasei, asigurând în același timp și unele avantajii financiare solicitorilor cu scop de încurajare.

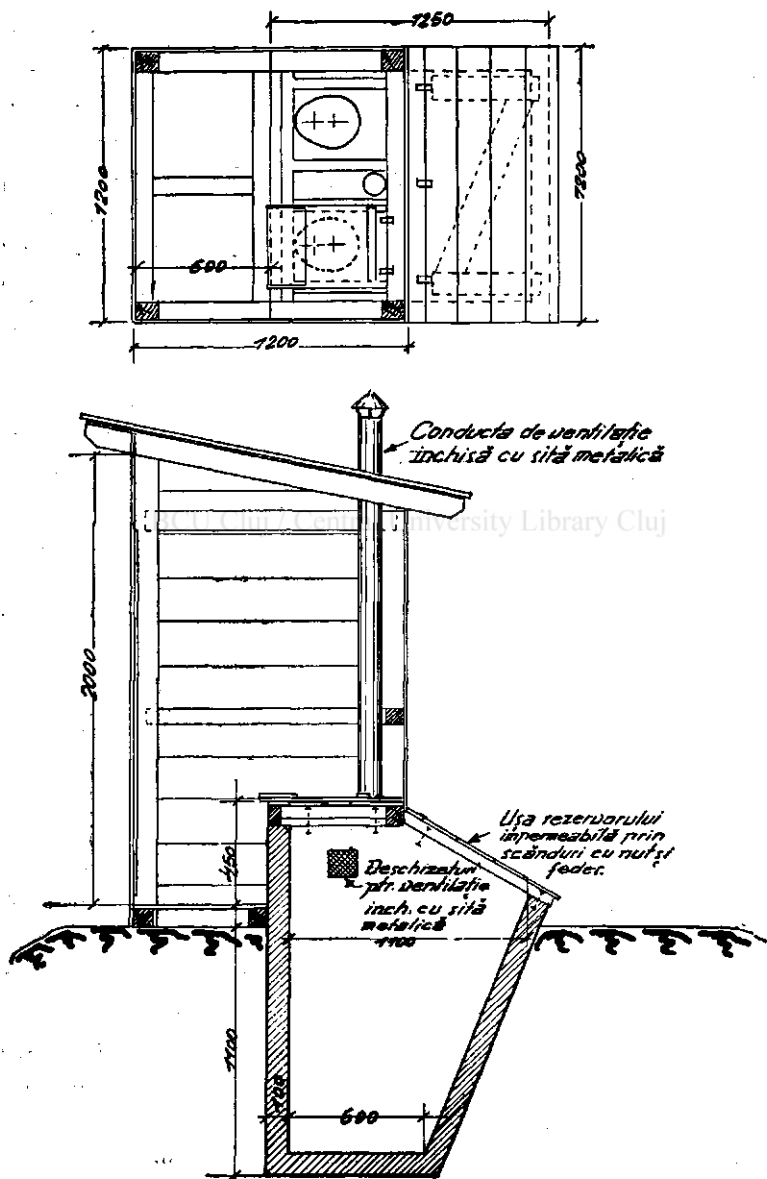
Fântânile au fost construite în întregime din beton (inele de beton armat de 75 cm. înălțime și 90 cm. diametru) iar la suprafață sunt ermetic închise cu un capac de beton cu marginile plecate puțin peste marginea inelului dela suprafață. Fântânile sunt prevăzute cu pompă de mână. Am întrebuințat 2 sisteme de pompă: una mai mare, cu un debit de apă ridicat, pentru fântâni publice și alta mai mică pentru fântâni școlare. Ambele s'au dovedit corespunzătoare și au avantajul că sunt foarte simple, solid construite, constante ca debit și prezintă toate garanțiile împiedecării oricărei contaminări dela suprafață.

S'au construit în total 19 fântâni după acest sistem: 8 comunale, 5 școlare și 6 particulare. Pentru a încuraja aceste lucrări pe o scară cât mai mare, după cum s'a amintit, Plasa, pe lângă îndrumarea și controlul tehnic și pe lângă împrumutarea instrumentelor necesare acestor lucrări (macara, pompă de aspirat apa în timpul săpării, materialul de cofragiu etc.) a suportat o parte din costul acestor lucrări. În medie Plasa contribuie cu o cotă de 50—60% la costul acestor lucrări. Această contribuție financiară, Plasa o suportă din bugetul său, în limitele prevederilor dela capitolul de sanitație.

O altă problemă cu care ne ocupăm este aceea a îndepărtării rezidiilor umane. În privința aceasta ne aflăm într-o stare de extremă primitivitate; closete se găsesc în jurul caselor numai în mod excepțional iar și acelea sunt foarte rudimentare, neacoperite, expuse accesului insectelor și păsărilor din curte. Closetele școlare se află în aceeași lipsă de îngrijire și sunt insuficiente pentru satisfacerea nevoilor fiziologice ale școlarilor. Tipul de closet introdus, experimentat de

noi e cel din schița alăturată. — Puțul este în întregime construit din beton, accesul insectelor este împiedecat, i-se asi-

Closet rural cu rezervor din beton



gură o ventilație suficientă iar curățirea puțului se poate face cu mare ușurință. La closetele școlare este adăugat și un urinar și o cabină separată pentru corpul didactic. S'au

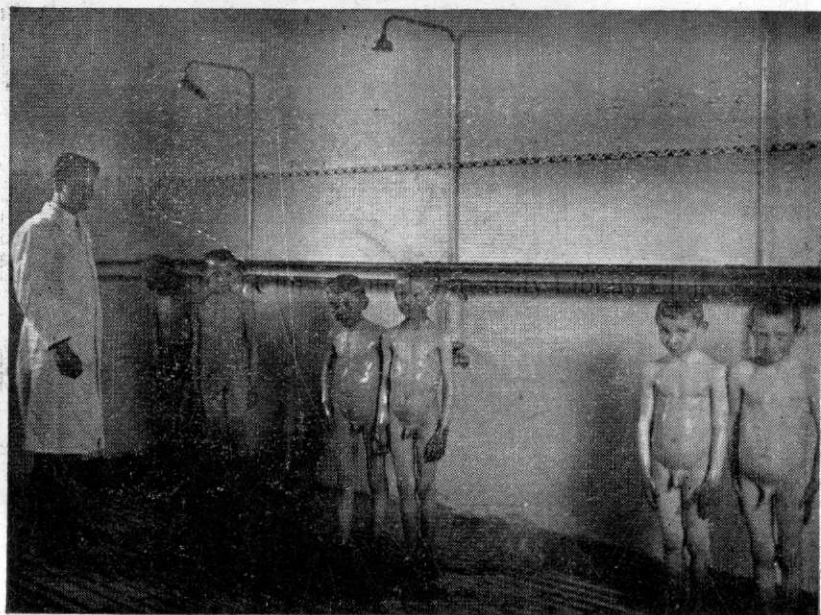
construit până în prezent 13 closete: 9 școlare și 4 particulare. Numărul scaunelor dela closetele școlare, variază după numărul școlarilor cari frecventează cursurile. Aceste construcțiuni deasemenea sunt încurajate prin preluarea unei părți a cheltuielilor din partea Plasei. Cota parte a Plasei este în medie 60—70%.



BAIA ȘCOLARĂ DIN GILĂU.

În toamna anului 1932 s'au început lucrările de construcție pentru o baie școlară în comuna Gilău. Toate lucrările dela această baie terminându-se în toamna anului 1933, a și început să funcționeze. Clădirea se află în curtea școlii primare de stat. Ea servește nevoile școlarilor din comuna Gilău și ale celor din comunele învecinate. Pentru anul 1934 menirea ei se va lărgi în sensul că va fi pusă și la dispoziția populației extrașcolare. Această baie este ridicată în întregime din fondurile bugetare ale Plasei. Cheltuielile de întreținere, de funcționare, precum și întreaga ei administrare rămâne în atribuțiile noastre; școala contribuie numai la procurarea materialului combustibil, după o cotă care se stabilește de comun acord la începutul fiecărui an școlar.

Pe o scară mai redusă s'a încercat și încurajarea ameliorării condițiilor igienice ale locuințelor. Marea majoritate a caselor nu sunt podite, pardoseala fiind în general din pământ bătut. Desavantagiile acestui gen de pardoseală sunt numeroase: când este uscată dă naștere la praf, iar când este umedă — și acesta e cazul cel mai des, — dă acel miros caracteristic de aer îmbîcsit al caselor țărănești, expune ușor la răceli, nu se poate curăți bine etc., etc. Neajunsul cel mai mare zace însă în faptul că fiind un strat absorbant, femeile recurg foarte adesea la această însușire a lui pentru îndepăr-

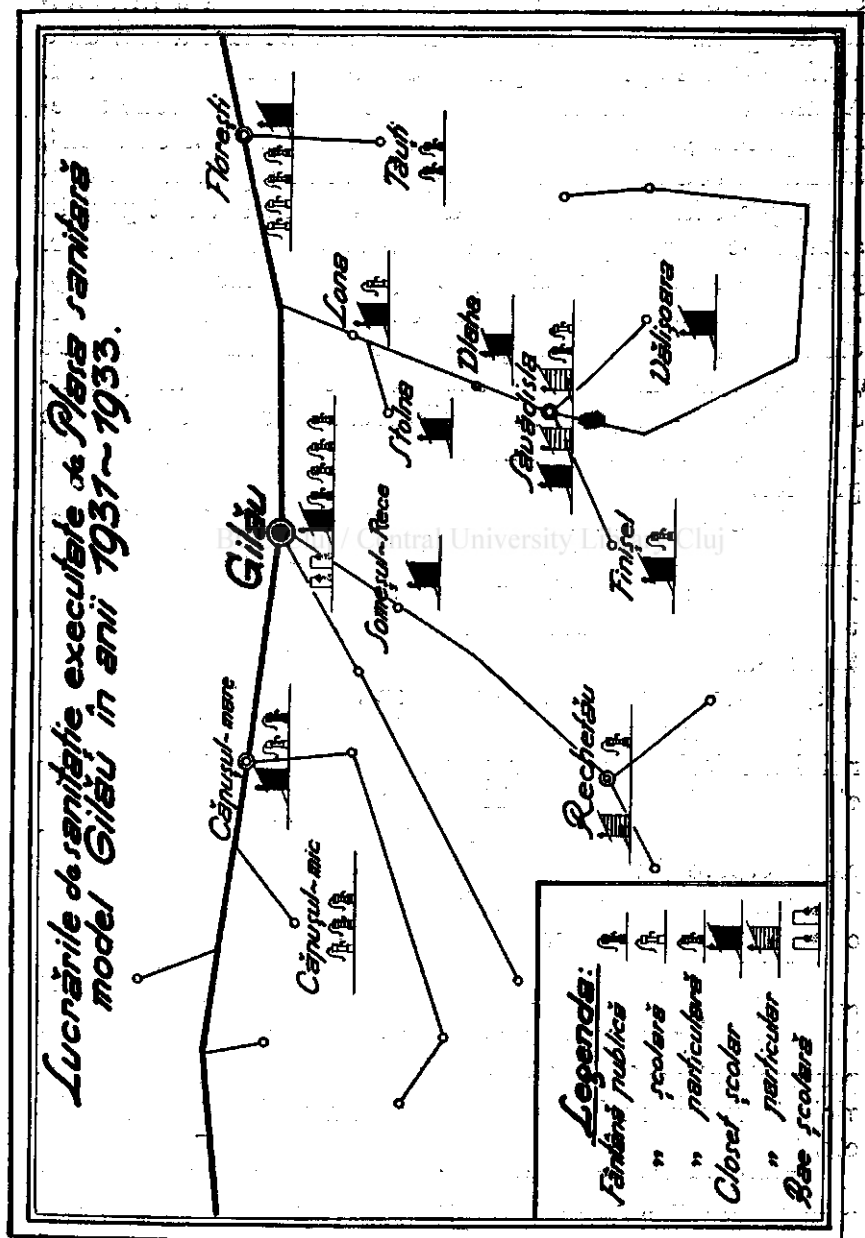


SALA DE DUȘURI LA BAIA ȘCOLARĂ DIN GILĂU.

turea apei murdare sau a altor rezidii lichide, rezultate din gospodăria casnică. Are însă o calitate bună care nu se poate nega, care e mult apreciată și contribuie mult la menținerea ei și anume: vara în timpul căldurilor, e mai răcoroasă decât pardoseala de scânduri.

Pentru a scoate din uz pardoseala de pământ și a o înlocui cu pardoseala de scânduri s'a acordat solicitorilor cu ocazia construcțiilor noi un ajutor în bani. Aceste ajutoare au fost de câte 500 Lei în anul 1931 și de câte 400 Lei în anii 1932—33 pentru fiecare cameră podită. În anul 1931 s'au acordat 3 ajutoare, în anul 1932 s'au acordat 6 ajutoare iar în

anul 1933, 28 ajutoare. În schimbul acestei subvenții s'a cerut solicitatorilor ca și din alte puncte de vedere, mai cu seamă



la ferestre, să se conformeze regulilor de igienă în construcția casei.

10. Plasa sanitară ca centru de instrucție.

După cum s'a amintit la începutul acestei lucrări Plasa sanitară model Gilău stă sub conducerea tehnică a Institutului de Igienă și Sănătate Publică Cluj. Acest fapt a fost de o covârșitoare importanță pentru dezvoltarea acestui serviciu. Având la îndemână în orice moment toate îndrumările necesare pentru punerea în aplicare a noilor principii de igienă, având un control continuu și riguros al întregii noastre activități până în cele mai mici detalii, evident am fost puși în situația de a trece peste greutățile începutului fără prea mari pierderi de timp și muncă și s'a putut sistematiza întreaga noastră activitate într'o măsură de a permite dezvoltarea ei cât mai largă și cât mai apropiată de scopurile urmărite. De fapt toate amănunțele muncii noastre au fost în prealabil studiate și adaptate la nevoile locale și au fost puse în aplicare după ce au prezentat toate garanțele unei necesități practice.

Un alt factor de o importanță tot atât de mare pentru noi rezultă din colaborarea ce ni-s'a dat din partea Fondației Rockefeller, abstrăgând concursul material al acestei instituții umanitare. De pe urma deselor vizite ale personalului ei științific ne-am ales totdeauna cu noi cunoștințe, îndrumări practice, încurajări și critici binevoitoare.

În sfârșit e locul să amintim aici și faptul că întreg personalul medical al Plasei, a pus mult devotament și conștiințiozitate în îndeplinirea obligațiilor de serviciu.

Asemenea surorile de ocrotire au dovedit un zel de muncă, pricepere și pregătire profesională vrednică de speranțele legate de menirea lor, devenind elemente extrem de utile în organizarea, dezvoltarea și funcționarea serviciului nostru.

Colaborarea acestor factori a contribuit la o organizare cu totul satisfăcătoare a Plasei, s'au elaborat metodele de lucru în diferitele ramuri de activitate, s'a sistematizat munca personalului medical și auxiliar, s'au stabilit relațiile de serviciu între personal cu fixarea exactă a atribuțiilor fiecăruia, etc.

După ce s'a ajuns la o sistematizare și raționalizare a muncii surorilor de ocrotire, Direcțiunea Școalei Surorilor de Ocrotire din Cluj a decis luarea în programul școalei a unui stagiu pe teren în Plasa Sanitară Model Gilău pentru introducerea surorilor de ocrotire eleve în mod practic în cunoașterea problemelor de sănătate publică. Prima serie de eleve

a fost repartizată pentru stagiul în luna Iulie 1931 și de atunci se continuă această muncă didactică în mod sistematic cu unele mici intreruperi ivite la început. Stagiul a fost fixat la început de 6 săptămâni, mai pe urmă a rămas stabilit de 2 luni. În acest timp elevele au ocazia să observe, să studieze și să ia parte alături de surorile de ocrotire la toate chestiunile cari formează îndatoririle surorilor de ocrotire. Asistă medicul la consultații, fac vizite la domiciliu, inspecții școlare, iau parte la conferințe școlare, își fac rapoartele de zi, ajută surorile de ocrotire la lucrul de birou și se inițiază în conducerea registrelor, fișelor medicale etc. La aceste lucrări elevele iau parte alături de surorile de ocrotire din Plasă și spre sfârșitul stagiului ele execută în mod independent o parte din programul de zi al surorilor de ocrotire. Acest stagiul dând un rezultat cu totul satisfăcător pentru pregătirea practică a viitoarelor surori de ocrotire, s'a introdus în programul școlar al surorilor de ocrotire din Cluj stagiul pe teren în Plasa Sanitară Model Gilău ca obligator pentru toate elevele anului III. În anul 1931 au fost repartizate aici 8 eleve; 22 eleve în anul 1932 și 21 eleve în anul 1933. Deasemenea au mai făcut stagiul 10 surori de ocrotire absolvente din seriile mai vechi.

Cu începerea anului 1932 medicii absolvenți ai Facultății de Medicină din Cluj deasemenea au fost repartizați în Plasă pentru practică pe teren. Stagiul e de 2 săptămâni. Acești stagiași iau parte la consultații, asistă medicii la activitatea lor în diferitele ei ramuri, studiază metodele de lucru și urmăresc activitatea surorilor de ocrotire mai ales în ce privește vizitele la domiciliu. Ei însoțesc ocazional surorile de ocrotire în vizitele la domiciliu, văd comportarea lor în familii și munca depusă de ele în deslegarea diferitelor probleme medico-sociale. Astfel își pot da seama de aportul ce aduce sora de ocrotire, în multiplele chestiuni de sănătate publică și se pot convinge că sora de ocrotire departe de a stânjeni medicul în munca lui, e o colaboratoare a lui, un ajutor atât pentru medic cât și pentru pacient. În anul 1932 numărul stagiarilor a fost de 32 iar în anul 1933 numărul lor a fost de 69.

Pentru medicii absolvenți ai cursului de specializare în igienă, organizat de Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj, se prevede o lună de stagiul la Plasa sanitară după terminarea cursurilor. Ei urmăresc în cursul acestui stagiul activitatea noastră zi cu zi, colaborând la toate problemele

ce obvin în acest interval. Cum majoritatea acestor stagiaari sunt medici de circumscripție, ei au prilejul de a studia și judeca organizația și activitatea noastră în comparație cu serviciile obișnuite în circumscripțiile rurale. În anul 1932 au făcut stagiul 8 medici iar în 1933 au făcut stagiul 12 medici. Astfel am avut ocazia de a demonstra organizația noastră. Stagiarilor ne-au lăsat convingerea că, acest stagiul completează în mod practic educația lor teoretică și discuțiile avute cu aceste ocazii au fost profitabile atât pentru ei cât și pentru organizația noastră.

Cu această ocazie amintim că Fondatia Rockefeller, care urmărește de aproape dezvoltarea activității noastre vizitându-ne anual de mai multe ori, a aflat de bine să recomande bursierilor ei, interesați în studiul organizației sanitare, printre diferitele centre sanitare străine și vizitarea Plasei Sanitare Model Gilău. Astfel a petrecut timp de mai multe zile în Plasa noastră Dl Dr. Luigi Terminello directorul unei organizații similare din Italia. D-șoara Goff dela Liga Națiunilor a studiat cu ocazia unei călătorii de studii organizația serviciului soroților de ocrotire de aici. Deasemenea am mai fost vizitați și de o comisie medicală din Tirana (Albania) pentru a studia organizația noastră. Dl Dr. W. R. Aykroyd dela secția de igienă a Ligii Națiunilor din Geneva, a studiat alimentația populației din Plasă noastră. În afară de acești streini am fost vizitați și au petrecut timp mai scurt printre noi mai mulți medici primari de județ, medici de municipii, de circumscripție etc. interesându-se mai de aproape de organizația noastră.

Cu ocazia congresului anti-tuberculos ținut la Cluj în vara anului 1933, am fost vizitați de către Domnul Ministru al Muncii Sănătății și Ocrotirilor Sociale, însoțit de o mare parte a Domnilor Medici cari au luat parte la congres.

11. Poliția sanitară.

Fiecare medic de circumscripție inspectează cel puțin odată la lună fiecare din comunele aparținătoare.

Adesea aceste vizite au fost făcute împreună cu medicul igienist de Plasă, care la fel inspectează cel puțin 10 comune din Plasă în fiecare lună. Cu ocazia acestor vizite se iau măsuri de comun acord în diferite chestiuni de sănătate publică. Cu ocazia acestor inspecții se controlează băcăniile, cârciumele, luându-se probe de alimente și băuturi cari se înaintea-

ză spre analiză laboratorului de igienă din Cluj. Se mai inspectează măcelăriile, abatoarele, industriile, precum și școlile primare cărora li-se dă o atenție deosebită. Organele administrative, în prima linie secretarii și primarii comunali cu unele excepții mai ales din partea primarilor, au dat tot concursul cu deosebire în ce privește luarea măsurilor de îndreptare a eventualelor contravențiuni sau abateri constatate. Procese verbale de contravenție s'au dresat într'un număr relativ mic; dealtfel s'a recurs la această măsură numai în cazurile unde s'a constatat rea voință sau refuz categoric și repetat de îndreptare.

Ori cât de importante s'ar părea aceste inspecții sanitare, pentru moment ele nu pot corespunde în întregime scopului urmărit. Orice măsură sau încercare de ameliorare pe care medicul o află necesară de propus, se izbește de argumentele bugetelor deficitare, ale lipsei veniturilor, ale nerentabilității oricărei investiții și de atâtea alte obstacole cari împiedecă în măsură mare efortul nostru de a schimba și ameliora condițiile de sănătate și salubritate publică. Propunerile noastre sunt primite și judecate exclusiv din interes personal; interesul general — cu extrem de puține excepții — este considerat ca o problemă care reclamă cheltuieli inutile. În aceste condițiuni nu e de mirare dacă medicii n'au putut să realizeze o muncă completă și trebuie să recunoaștem că în această direcție ne-a rămas încă mult de făcut.

CAP. IV.

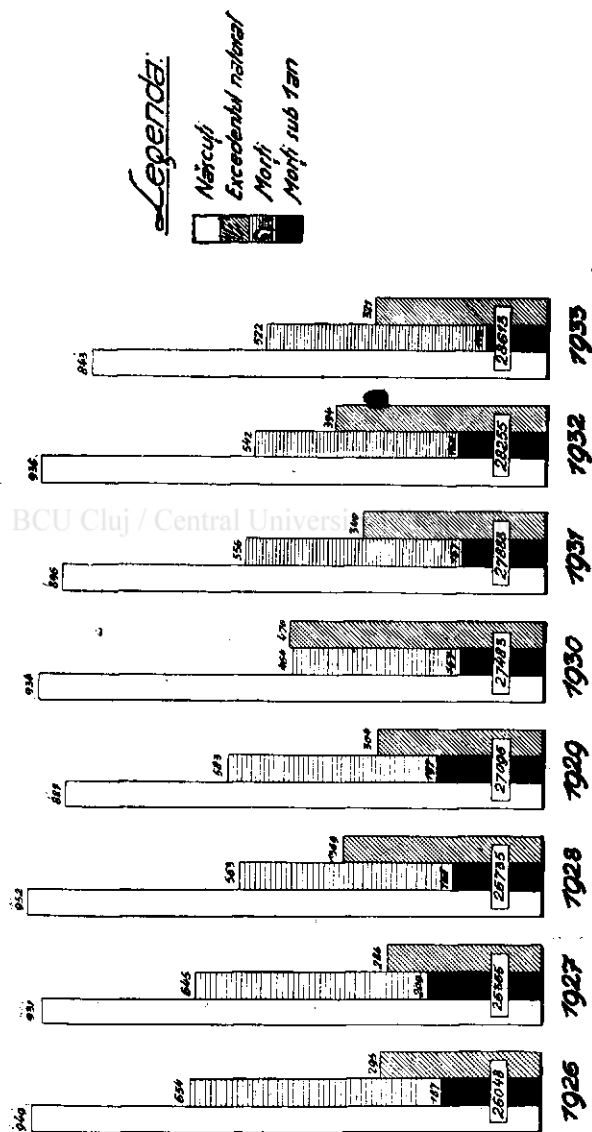
Mișcarea Populației.

Ca punct de plecare pentru prelucrarea și calcularea datelor referitoare la mișcarea populației pentru perioada 1926—1933 (inclusiv) ne-au servit datele recensământului general din 1930. Întâmplarea a făcut ca acest recensământ să coincidă cu data înființării Plasei, ceea ce ne-a pus în situația de a avea la îndemână un material statistic și demografic exact. Recensământul populației s'a făcut în această regiune în condițiuni cât se poate de satisfăcătoare, încât datele câștigate au o valoare absolut reală. Estimația populației pe anii premergători recensământului (1926—1930) s'a făcut prin scăderea numărului nașterilor și adăugarea aceluia al morților. Acest mijloc de estimare al populației, cel puțin pentru o perioadă scurtă de 8 ani, cum e cazul de față, are o valoare apropiată de adevăr, dată fiind exactitatea cu care se conduce înregistrarea nașcuților și a morților, pe de altă parte lipsa unui proces de migrație.

Mișcarea populației în anii 1926—1933.

Anul	Populația prob. la 1 Iulie	Cifra abs. a nașcuților	Rata Nat. la 1000 locu- tori	Cifra abs. a Morților	Rata mort. la 1000 loc.	Cifra abs. a deces. sub 1 an	Rata mort. inf. la 1000 nașcuți vii	Spor natur. absolut.	Rata spor. nat. la 1000 locuitori
1926	26.048	949	36.4	637	24.4	186	196	312	12.0
1927	26.365	931	35.3	608	23.1	209	224	323	12.2
1928	26.735	952	35.6	535	20.0	168	176	447	15.5
1929	27.096	887	32.7	583	21.5	197	222	304	11.2
1930	27.483	934	34.0	464	16.9	157	168	470	17.1
1931	27.888	896	32,1	556	19.9	157	175	340	12.1
1932	28.255	936	33.1	542	19.2	166	177	394	13.9
1933	28.613	843	29.5	522	18.2	115	136	321	11.2
Media	—	—	33.6	—	20.4	—	184	—	13.2

Miscarea populației în Plasa sanitară model Gilău 1926-1933.



1. Natalitatea.

Natalitatea în Plasa Sanitară Model Gilau, după cum se vede în tabloul de mai sus, este foarte apropiată de media pe țară; rata medie în perioada: 1926—1933 este de 33.6%. Natural cifrele unei perioade de 8 ani nu pot evidenția clar eventuale tendințe spre creștere sau scădere în acest proces; totuși dacă voim să tragem o concluzie, se poate deduce o ușoară tendință spre reducerea nașterilor. Media de 33.6‰ care a fost întrecută în fiecare an în prima jumătate a acestei perioade, n'a mai fost atinsă în nici un an din a doua jumătate. Cauza acestui proces e greu de a putea fi precis fixată, probabil însă, condițiile de traiu excesiv de grele, acuzate pretutindeni ca un factor hotărâtor în această chestiune, are oarecare influență și în cazul de față.

În tabloul de mai jos dăm cifra absolută și procentul nașterilor pe naționalități în raport cu totalul nașterilor.

Anul	Totalul nașterilor	Români		Maghiari		Evrei	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
1926	949	682	71.8	262	27.6	5	0.6
1927	931	666	71.5	262	28.1	3	0.4
1928	952	704	74.	247	25.9	1	0.1
1929	887	653	73.6	229	25.8	5	0.6
1930	934	716	76.7	208	22.2	10	1.1
1931	896	664	74.1	227	25.3	5	0.6
1932	936	710	75.9	215	22.9	11	1.2
1933	843	636	75.5	204	24.2	3	0.3
Media:			74.1		25.4		0.7

Se vede de aci că la populația românească proporția numerică a nașterilor este mai mare decât la celelalte naționalități, iar la populația maghiară procesul are o valoare tocmai inversată. Până când la români cari prezintă 68.6%, din populația Plasei, proporția numerică a nașterilor este în medie pe ultimii 8 ani 74.1%, la maghiari proporția numerică a nașterilor este de 25.4%, aceștia reprezentând 30.3% din populația Plasei. Dealtfel acest fenomen poate fi observat și

mai bine în următorul tablou referitor la rata natalității pe naționalități.

Anul	R o m â n i			M a g h i a r i		
	Populația probabilă la 1 Iul.	Numărul nașterilor	‰	Populația probabilă la 1 Iul.	Numărul nașterilor	‰
1926	17.664	682	38,6	8.102	262	32,3
1927	17.882	666	37,2	8.199	262	31,9
1928	18.159	704	38,8	8.292	247	29,7
1929	18.444	653	35,4	8.366	229	27,3
1930	18.756	716	38,1	8.438	208	24,6
1931	19.076	664	34,8	8.517	227	26,6
1932	19.360	710	36,6	8.599	215	25,0
1933	19.661	636	32,4	8.635	204	23,6
Media:			36,5			27,7

Rata natalității la români oscilează în cursul acestei perioade studiate în jurul mediei, 36,5‰, până când rata corespunzătoare la populația maghiară are o valoare mult mai mică și cu o tendință fermă de scădere.

2. Mortalitatea.

În ce privește acest capitol este foarte greu să tragem concluzii de valoare fixă, fiind scurtă perioada pe care sunt studiate datele. Media pentru perioada de 8 ani este 20,4‰, cu variațiuni între 16,9—24,4‰. Urmărind rata mortalității an de an în perioada de 8 ani se observă o ușoară reducere a ratei mortalității pentru ultimii 3 ani.

În cât privește repartizarea mortalității pe naționalități, tabloul de mai jos este foarte semnificativ, evidențiind clar o deosebire între populația română și cea maghiară.

Anul	Totalul morților	Morți pe naționalitate		Populația probabilă la 1 Iulie		Rat. mort. la ‰	
		Români	Magh.	Români	Magh.	Rom.	Mag.
1926	637	459	177	17.664	8.102	25.9	21.8
1927	608	451	154	17.882	8.199	25.2	18.7
1928	535	366	169	18.159	8.292	20.1	20.3
1929	583	420	159	18.444	8.366	22.7	19.0
1930	464	327	134	18.756	8.438	17.4	15.8
1931	556	442	143	19.076	8.517	21.6	16.8
1932	542	393	146	19.372	8.582	20.2	17.0
1933	541	410	130	19.662	8.635	20.8	15.1
Media :						21.7	18.1

Calculând frecvența mortalității sub raportul sexelor, obținem următoarea proporție la 100 morți

A n u l	Procentul deceselor după sex	
	Bărbați	Femei
1926	54.2	45.8
1927	51.3	48.7
1928	54.2	45.8
1929	55.5	44.5
1930	56.5	43.5
1931	53.0	47.0
1932	51.9	48.1
1933	52.8	47.1
Media :	53,7	46.3

Prin urmare media deceselor pentru bărbați în cursul celor 8 ani este de 53.7%, iar pentru femei 46.3% ceea ce evidențiază net o deosebire în defavorul sexului bărbătesc.

3. Mortalitatea maternă.

Această chestiune trebuie discutată mai pe larg din cauza importanței mari pe care o ocupă în problemele de sănătate publică pe de o parte, iar pe de altă parte din cauza observa-

țiilor interesante ce s'au făcut în acest domeniu în cursul celor 3 ani.

Date statistice exacte despre această chestiune în perioada anterioară înființării Plasei Sanitare Model Gilău nu avem; între anii 1926—1930 abia se găsesc înregistrate 3—4 cazuri de decese de cauză puerperală. Pentru anii 1931—33, cu tot sistemul defectuos al stabilirii cauzei morții, care după cum se știe, se face de către medici numai în comunele de reședință, iar în restul comunelor de către primarii comunali *fără nici o pregătire cătuși de sumară în această materie*, datele au putut fi prelucrate în sensul de a fi cât mai aproape de realitate, am putea spune chiar exact. Iată cum s'a procedat. Oficiul Central al Plasei primește în fiecare lună dela notariatele Plasei un tablou al nașterilor și al deceselor pe comune. Cazurile de decese și nașteri, înainte se înregistrează pe comune în registrul de nașteri și de decese al Plasei, cu toate datele trecute în acest tablou. În felul acesta, oficiul Plasei are o copie fidelă a registrelor de nașteri și decese a fiecărei comune, care copie îi stă la îndemână pentru orice lucrare statistică, fiind scutit de a se adresa notariatelor ori de câte ori are nevoie de acest material. Evident pentru studiul chestiunei de față ar fi o greșală să ne mărginim la citirea rubricii „cauza morții” care din motivul expus mai sus nu poate exprima cu destulă fidelitate starea de lucruri. Pentru acest motiv nu s'a ținut seamă de diagnosticul trecut pe buletin, ci s'a stabilit în toate cazurile indicate, retrospectiv, în felul următor: s'au căutat în registrul decedaților decesele între vârstele 14—45 ani ale sexului feminin (limitele vieții sexuale), iar din registrul nașterilor s'a căutat dacă vr'una din aceste femei a avut vr'o naștere în intervalul de 2 luni înainte de deces.

În anul 1931 s'au aflat astfel 5 cazuri. 2 cazuri au fost eliminate; ambele au fost văzute de medic înainte de naștere și au decedat în urma maladiei (pneumonie) de care au suferit înainte de facere. În celelalte 3 cazuri s'a putut stabili, în urma anchetei făcute la domiciliu cu destulă precizie, cauza puerperală a decesului. Prin urmare pentru 896 nașteri cari au avut loc în cursul anului 1931 s'au stabilit 3 decese de cauză puerperală, ceea ce ar da o mortalitate maternă de 3.3‰. Această cifră, care trebuie considerată cât se poate de apropiată de cifra reală, comparată cu datele referitoare la mortalitatea maternă din alte țări, ne face să judecăm problema cu mult optimism. În marea majoritate a țărilor Europene, si-

tuația este mai puțin satisfăcătoare decât la noi. Dacă luăm în considerare, că din cele 25 comune ale Plasei numai în 4 se află moașe cu diplomă, și deci marea majoritate a nașterilor se întâmplă cu asistența moașelor empirice fără nici o pregătire, sau chiar fără nici o asistență, adeseori în condițiuni destul de primitive, nu ne putem explica această cifră atât de redusă decât admitând o rezistență cu totul particulară față de multiplele infecțiuni cărora femeia este expusă în timpul nașterii și al lehuziei.

Datele referitoare la anul 1932, obținute după acelaș procedeu ca și în anul 1931 sunt mai favorabile. În întreaga Plasă nu s'a înregistrat și nici nu s'a descoperit nici un deces puerperal. Cercetând însă registrele clinicelor și ale spitalelor de femei din Cluj, s'a găsit un caz de deces cu diagnosticul de febră puerperală. Cazul provine din comuna Măguri. Din informațiile ulterioare s'a stabilit că, medicul de circumscripție a îndrumat bolnava la Cluj cu diagnosticul de resturi placentare. Deci cifra mortalității materne pentru anul 1932 este de 1‰.

În anul 1933 a survenit un singur caz de deces matern din cauza eclampsiei.

Observațiile acestor 3 ani ne fac să fim mai puțin sceptici față de cifrele înregistrate în perioada premergătoare înființării Plasei; într'adevăr până acum, acele câteva cazuri înregistrate, au fost primite cu oarecare neîncredere și fără valoare din punct de vedere statistic.

4. Mortalitatea infantilă.

În Plasa Sanitară Model Gilău pe anii 1926—1933 am avut următoarea mortalitate infantilă:

A n u l	Numărul născuților vii	Numărul deceselor sub 1 an	Rata mortalității infantile la 1000 născuți
1926	949	186	196
1927	931	209	224
1928	952	168	176
1929	887	197	222
1930	984	157	168
1931	896	157	175
1932	936	166	177
1933	843	115	136
Media :			184

Dintre diferitele date demografice, cele referitoare la mortalitatea infantilă prezintă indiscutabil o importanță covârșitoare și studiul lor amănunțit scoate la iveală o mulțime de fapte cu valoare nu numai sub raportul puericultural, dar și sub raportul altor fenomene și probleme de ordin mai general. Deci cunoașterea acestei probleme cât mai detaliat se impune ca o necesitate imperioasă pentru organizarea unui program serios de combatere al acestui neajuns medico-social.

Întâmplarea a făcut ca, secția de Igienă a Ligii Națiunilor să organizeze prin organele noastre sanitare o anchetă asupra mortalității infantile din țara noastră, (după planul elaborat cu ocazia astorfel de anchete și în alte țări, ca: Anglia, Austria, Germania, Statele-Unite) tocmai în anul înființării Plasei Sanitare Model Gilău. Această anchetă s'a executat și în Plasa noastră, înafară de celelalte două centre (Plasa Sanitară Tomești și Municipiul București) designate pentru acest scop. Prin această întâmplare am fost puși în situația de a cunoaște diferitele aspecte ale problemei dela început, câștigând date de mare importanță pentru orientarea muncii noastre în viitor. Cu conducerea acestei anchete a fost încredințat Dl Prof. Dr. Gh. Popoviciu, șef al secției de puericultură la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj — iar anchetatori au fost medici de circumscripție și surorile de ocrotire din Plasă. Pentru executarea anchetei tuturor deceselor sub 1 an, ofițerii stării civile n'au eliberat autorizații de înmormântare decât numai în baza certificatelor eliberate de medic că ancheta cazului s'a executat.

Datele ce urmează mai jos sunt extrase din lucrarea cu privire la această anchetă a Dlui Prof. Dr. Gh. Popoviciu, publicată în Revista de Igienă Socială No. 8—1982.

Mortalitatea infantilă în anul 1931 în Plasa Sanitară a fost de 173 la 1000 născuți vii, adică 157 morți din 896 născuți vii. Cauzele acestei mortalități sunt următoarele:

a) Cauze medicale.

Cauzele de decese în ordinea importanței lor au fost: a) boli infecțioase nespecifice, reprezentate în special prin broncho-pneumonie, b) debilitate congenitală, c) tulburări gastrice. Boliile infecțioase specifice au fost puțin frecvente. Tuberculoza și sifilisul au putut fi depistate numai rare ori. Pro-

porția traumatismelor obstetricale a fost de 4.5% din totalul deceselor sub 1 an.

b) *Influențe sezoniere, sex.*

Mortalitatea infantilă culminează în lunile Ianuarie—Martie și Iunie—August; la sfârșitul iernii și începutul primăverii din cauza predominării afecțiunilor căilor respiratorii declanșate prin gripă sau alte boli infecțioase, iar în cursul verii din cauza tulburărilor digestive. Chiar și copiii decedați în primele săptămâni după naștere prin debilitate congenitală fără o cauză mai precisă, prezintă oscilațiuni sezoniere ca și ceilalți copii de sân, iar acolo unde cauza morții poate fi depistată, avem aceeași etiologie (iarna afecțiuni respiratorii, vara tulburări digestive).

În lunile de iarnă—primăvară, mortalitatea băieților (prin broncho-pneumonii) este considerabil mai ridicată decât a fetelor. La 100 fete pe an mor aproximativ 154 băieți, cari se repartizează astfel în ordine descrescândă pe trimestre: 235 băieți la 100 fete în trimestrul I; 200 în trimestrul II; 117 în trimestrul III; și 85 în trimestrul IV.

c) *Alimentație și vârstă.*

Majoritatea copiilor decedați, 79 din 140 alimentați, au fost alăptați exclusiv cu lapte de mamă, 46 mixt și numai 15 artificial, 17 copii n'au fost alimentați deloc, decedând cu rând după naștere. Alimentația mixtă și artificială a fost începută într'un însemnat număr de cazuri (19, respective 12) precoce (0—3 luni), din cauza nașterilor gemelare sau a boalei mamei.

Alimentația mixtă sau artificială a început de obicei pe la 6 luni, rareori între 3—6 luni, cei mai mulți dintre cei decedați, până la vârsta de 1 an continuând să primească pe lângă alte alimente și lapte de mamă. Proporția copiilor alimentați artificial, din cauza muncii mamei la câmp, crește în trimestrul II și III, adică tocmai în sezonul cu tulburări digestive, măbind astfel frecvența acestor tulburări. Alimentația mixtă și artificială este mai frecventă și mai precoce instituită la maghiari. Alimentația mixtă-artificială explică proporția relativ mare a deceselor după vârsta de 6 luni, precum și mortalitatea estivală precoce la populația maghiară față de populația română.

Frecvența alăptării naturale explică proporția în general mai redusă a tulburărilor digestive în această Plasă, în comparație cu alte cauze (broncho-pneumonie).

Alăptarea se face totuși în condițiuni relativ neraționale, (la intervale neregulate; supra- sau sub-alimentare, obiceiul de a se introduce în gura copilului între alăptări o zdreanță cu pâine muiată în apă zaharată, rachiu etc.). Aceste cauze explică mortalitatea prin tulburări digestive a unui număr destul de ridicat dintre copiii alăptați la sân.

Mortalitatea din ziua primă de după naștere reprezintă $\frac{1}{2}$ din mortalitatea săptămânei I; mortalitatea din săptămâna I-a este $\frac{1}{2}$ din mortalitatea lunii I-a; mortalitatea lunii I-a reprezintă peste $\frac{1}{2}$ din mortalitatea primelor 3 luni ale vieții; mortalitatea din primele 3 luni este aproape egală cu $\frac{2}{3}$ din mortalitatea totală; mortalitatea din primele 6 luni reprezintă $\frac{3}{4}$ din mortalitatea primului an al vieții. În primele zile predomină cauzele ante și intra-natale (traumatisme obstetricale, debilitate congenitală). Broncho-pneumoniile predomină între 1—3, 5—6 și cu deosebire între 6—12 luni.

Tulburările digestive predomină între 8—30 zile, 2—4 luni, și 6—12 luni. Preponderența broncho-pneumoniilor la vârstele în cari alimentația artificială precoce sau înțercarea produce tulburări digestive mortale, se datorește legăturilor dintre afecțiunile respiratorii și factorii nocivi alimentari.

La români mortalitatea din luna I-a este mai exagerată decât la maghiari. Cauzele: îngrijirea ante și intra-natală mai proastă și afecțiunile respiratorii, datorite în bună parte nivelului social economic și cultural mai coborât.

d) *Îngrijirea copiilor.*

Frecvența mare a deceselor infantile se explică nu numai prin cauzele patologice sau prin numărul mare al nașterilor ci și prin lipsa de îngrijire corespunzătoare dată sugaciului. Așa în Plasa Gilău mortalitatea copiilor de sân la români este, în raport cu natalitatea, mai ridicată decât la maghiari. Cauza acestor diferențe o găsim în nivelul social, economic și cultural mai înapoiat al populației noastre, precum și în îngrijirea necorespunzătoare și în ocrotirea insuficientă a copilului.

e) *Ingrijirea prenatală, munca mamei.*

Ocrotirea ante-natală lipsește la cea mai mare parte a copiilor decedați; aproape 3 sferturi (73.1%) din mame n'au fost asistate deloc. Numai 8.5% au fost văzute în timpul gravidității de medic, 14.1% de moașe cu diplomă și 4.3% de moașe empirice.

În cursul anului 1931 se constată totuși un progres grație activității Plasei Sanitare Model: proporția mamelor gravide văzute de medic, din trimestrul I până în al doilea, a crescut de la 3.5% la 14.5%. Rezultatul a fost proporția scăzută a mortalității din primele zile în categoria celor ocrotiți prenatal (8.3%), față de a celor neocrotiți (20%).

Peste un sfert (28.8%) din mame muncesc excesiv până la facere. Munca excesivă a gravidei, mult mai frecventă decât în apus, constituie una din cazurile principale ale debilității congenitale. Un rol mai însemnat par a juca însă alte cauze: sarcina gemelară, tuberculoza și sifilisul părinților.

Munca excesivă a fost urmată în puține cazuri de malformațiuni congenitale și traumatisme obstetricale.

f) *Ingrijirea intra și post-natală.*

În ceea ce privește asistența la naștere a gravidelor, ale căror copii au decedat în decursul anului 1931, 9 au fost asistate de medic, 7 de moașe cu diplomă, 75 de moașe empirice iar 66 au fost neasistate. Ca și la asistența prenatală, se obține un progres în cursul anului 1931 în semestrul II toate nașterile sunt asistate mai ales de moașe cu diplomă.

Aproape jumătate (46%) din copiii decedați au fost rău îngrijiți post-natal, cu deosebire în grupul celor decedați prin tulburări digestive, boli infecțioase inclusiv broncho-pneumonie, malformațiuni și traumatisme obstetricale.

150 copii au fost crescuți la mamă proprie, 7 de rudenii. Au fost văzuți de medic 24.2%, de sora de ocrotire 6.4% (4.8% în semestrul I, 17.7% în semestrul IV) de moașe 5.1%. Au decedat complet neasistați 64.3%.

g) *Situația părinților.*

Situația economică a familiilor copiilor decedați a fost, în 50.3% din cazuri, categoric rea; numai în 8.8% din cazuri bună.

Mai rea a fost situația economică la cei decedați din cauza bolilor infecțioase specifice și nespecifice, inclusiv bronho-pneumonia; mai bună la cei decedați prin tulburări digestive, alimentația mixtă și artificială fiind mai răspândită la clasele sociale mai bine înstărite. Frecvența debilității congenitale, a malformațiilor, a traumatismelor obstetricale și a mortalității, în familiile cu bune condiții economice, este în acord cu rezultatele anchetelor din Apus. Ea arată că, în genere, dezvoltarea și mortalitatea fătului nu sunt în mod evident influențate de condițiile mediului ambiant.

După ocupația tatălui, decese au fost mai frecvente la agricultori (45.1%) și muncitori cu ziua, la pădure, inclusiv servitori. Ocupația mamei a fost casnică în 155 de cazuri; numai în 2 cazuri unde copilul era întreținut de mamă, aceasta era muncitoare.

h) Locuința, gradul de cultură.

Condițiile igienice ale locuinței au fost, în 45.4% din cazuri rele, cu deosebire în grupul copiilor decedați iarna-primăvara prin boli infecțioase (inclusiv nespecifice: bronho-pneumonii) și traumatisme obstetricale.

În $\frac{2}{3}$ (63.6%) din cazuri locuința avea o singură cameră, în $\frac{1}{3}$ (30.1%) 2 camere. Pentru întreaga populație numai 50% din locuințe au o singură cameră, cu densitatea pe locuință de 4.6 persoane. Densitatea pe locuință în familiile copiilor la sân decedați a fost de 6.1 persoane; avem deaceia deci cu condiții mult mai rele decât în familiile unde copiii au rămas în viață. Situația a fost rea cu deosebire la români. (Densitatea pe locuință 6.3, față de 5.5 la maghiari).

Proporția analfabeților este mărită la părinții copiilor decedați (ambii părinți analfabeți în 36.8% din cazuri; numai tatăl analfabet în 6.9%; numai mama analfabetă în 23.3% din cazuri în 33.0% ambii știu carte). La întreaga populație analfabeți: 38.2%. Românii prezintă și sub acest raport o situație mai nefavorabilă, fapt care, adăugat la celelalte condiții de inferioritate și la natalitatea superioară a Românilor, explică mai marea mortalitate infantilă la aceștia (182.1 copii decedați la 1000 născuți la Români, 139.2 la Maghiari).

i) Situația comunelor.

Comunele bine situate au o mortalitate infantilă mai scăzută (14.0% față de 20.0% în comunele sărace), corespunzând până la un punct, natalității mai ridicate (29.7% față de 35.8%). În comunele bogate se observă o frecvență mai mare a tulburărilor digestive și a debilității congenitale, iar pe de altă parte o scădere a traumatismelor obstetricale. În comunele de munte mortalitatea este mai ridicată (19.1 față de 17.9% în comunele de șes); totuși în comparație cu natalitatea (38.5% față de 31.1%) este relativ scăzută. În comunele de munte tulburările digestive sunt mult mai reduse (12.5% din total, față de 26.8% din comunele de văi și lunci), din cauza climatului și alimentării naturale mai răspândite, populația aici fiind pur românească. În schimb decesele prin debilitate congenitală, malformațiuni, mortinatalitate și cu deosebire prin traumatisme obstetricale (12.5% față de 1.6% în comunele de luncă) sunt mai numeroase, din cauza insuficiențelor în asistența ante și intranatală. În genere excedentul comunelor românești, fie de la munte, fie de la șes este mai ridicat decât al celor maghiare, datorită natalității mai mari a românilor.

5. Rezultate în combaterea mortalității din Plasa Sanitară Model Gilău.

Experiența din cei 3 ani de activitate ne arată că, mortalitatea infantilă cât și cea generală e posibil să fie redusă, printr'o muncă sistematică și metodică. Această reducere este în raport cu intensitatea activității depuse. Pentru a demonstra această afirmație împărțim comunele din Plasă în 3 categorii. Din categoria I-a fac parte 8 comune, cari sunt fie sedii de circumscripție sanitară, cu Casă de Ocrotire, deci cu medic și soră de ocrotire, fie că sunt comune apropiate acestor sedii unde vizitele se fac cu ușurință și la intervale mici.

În categoria II-a sunt tot 8 comune, cari la fel sunt vizitate atât de medic cât și de surorile de ocrotire, de câte 3—4 ori pe lună, iar în caz de boli epidemice ori de câte ori este nevoie.

În categoria III-a sunt restul de 9 comune, cari sunt vizitate de către medicii de circumscripție, de câte 2—3 ori pe lună cu ocazia inspecțiilor sanitare, surorile de ocrotire numai în mod excepțional pot vizita aceste comune în timpul

verii, din cauza difiicilelor căi de comunicație prin cari sunt legate aceste comune de cele de sedii ale Caselor de ocrotire. Calculând mortalitatea infantilă și generală pe cei 3 ani de activitate a Plasei, pe categoriile mai sus înșirate obținem următoarele cifre:

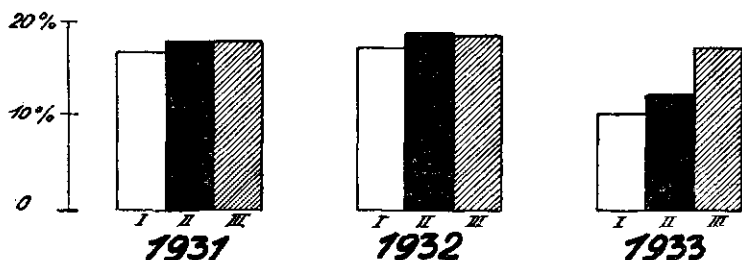
Mortalitatea infantilă.

	1931.	1932.	1933.
Cat. I.	16.7 %	17.3 %	10.8 %
" II.	17.9 %	19.0 %	12.7 %
" III.	17.9 %	18.9 %	17.6 %

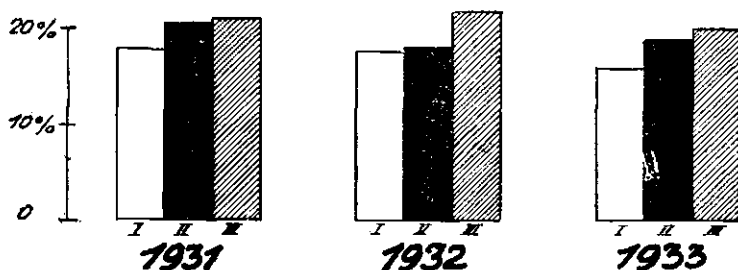
Mortalitatea generală.

	1931.	1932.	1933.
Cat. I.	17.9 %	17.8 %	15.9 %
" II.	20.8 %	17.9 %	18.7 %
" III.	21.0 %	21.9 %	20.1 %

Mortalitatea Infantilă



Mortalitatea Generală



Aceste date confirmă afirmația de mai sus și anume că reducerea mortalității infantile și a mortalității generale este în raport cu intensitatea activității depuse. În același timp demonstrează că, organizația noastră și metodele noastre de lucru bazate în primul rând, după cum reiese din capitolele anterioare, pe educația igienică și ridicarea nivelului sanitar al populației, sunt bine alese și sunt chemate, ca atunci când vor putea fi răspândite, să reducă în toată țara mortalitatea generală și infantilă atât de urcate.

Mortalitatea infantilă și generală mai ridicată în 1932 la categoria II-a a comunelor, se datorește unei epidemii de dizenterie. Acest fapt nu infirmă ci confirmă afirmațiile noastre anterioare că numai printr-o educație igienică sistematică se pot obține rezultate durabile. În acest caz, care s'a petrecut curând după începerea activității noastre, cu toate că am concentrat aproape tot personalul Plasei și am utilizat tot armamentul modern pentru combaterea acestei epidemii, nu am putut obține un rezultat mai bun, fiindcă nu am avut colaborarea activă și conștientă a populației, nefiind câștigată încă în acest scop prin educație.

CAP. V.

Activitatea Surorilor de ocrotire și înregistrarea activității.

Experiența noastră de 3 ani ne impune să discutăm această chestiune într'un capitol separat. Înainte de toate trebuie să anticipăm că acest serviciu care la noi în țară este supus în general unei critici prea puțin măgulitoare, în Plasa Sanitară Model Gilău a dat completă satisfacție. Într'adevăr felul cum surorile de ocrotire au înțeles să se achite de îndatorirea grea cu care sunt încredințate, dovedește cu prisosință că scopul pentru care această instituție a fost introdusă în serviciul sanitar, a fost atins.

Activitatea sorei de ocrotire este în primul rând de natură educativă și constructivă. Prin munca ei încercăm ca persoanele cărora ne adresăm să fie câștigate pentru o colaborare conștientă și dorită, să nu rămână pasive și refractare față de activitatea noastră de a îmbunătăți situația lor sanitară și igienică. Prin urmare arma noastră cea mai puternică și metoda noastră principală de lucru este convingerea și nu represiunea, la care apelăm numai în cazuri excepționale. Prin această metodă progresul este poate mai lent, dar mai permanent, mai sigur. Această metodă de lucru, fundamentală în igienă și esențială în activitatea surorilor de ocrotire, ne evidențiază și diferența dintre sora de ocrotire și agentul sanitar, care este un auxiliar de poliție sanitară, mai mult pentru represiune și nu pentru educație igienică.

Din capitolele referitoare la asistența medico-socială a bolnavilor se poate vedea în destule amănunte în ce a constatat activitatea surorilor de ocrotire.

Dar în afară de aceasta activitate, care se poate cunoaște din capitolele anterioare, surorile de ocrotire în cadrele casei de ocrotire din Gilău, unde este amenajată și o bucătărie, inițiază mamele în felul cum se prepară laptele de vacă pentru sugacii trecuți la alimentație mixtă, sau alte alimente prescrise de medic în diferite tulburări digestive.

Astfel se demonstrează și se prepară împreună cu mamele: zeama de orez, supe de legume, babeur, iaurt, ca chiar și alte alimente pentru adulți. Prin aceste demonstrații practice — repetate în caz de nevoie — au fost inițiate rând pe rând câte un grup de mame cari la rândul lor au inițiat alte mame. În felul acesta surorile de ocrotire au câștigat adevărate colaboratoare pe acest teren și se constată cu satisfacție că educația mamelor în aceasta direcție a dat rezultate îmbucurătoare.



BIROUL SURORILOR DE OCROTIRE LA CASA DE OCROTIRE DIN GILĂU.

Asemenea o privire sumară asupra raportului de zi al surorilor de ocrotire arată punctele principale din programul lor. Am dori încă să discutăm problema raportului de serviciu dintre sora de ocrotire și medic. În Plasa Sanitară Model Gilău surorile de ocrotire stau sub conducerea și îndrumarea medicului de circumscripție respectiv. Șeful ierarhic imediat al sorei de ocrotire este medicul de circumscripție. El are obligația să controleze munca sorei și să îndrumeze activitatea ei din caz în caz. El fixează vizitele la domiciliu pe cari le are de făcut sora de ocrotire și îi indică

programul de executat în atari cazuri. Medicul poate încredința pe sora de ocrotire cu executarea oricărei însărcinări care e compatibilă cu misiunea de soră de ocrotire și care poate aduce un folos din punct de vedere al sănătății persoanei vizate. Sora de ocrotire este obligată să-și prezinte raportul de zi despre activitatea ei zilnică medicului de circumscripție. Evident acest raport între medic și sora de ocrotire n'a avut nici când un caracter prea rigid; deja dela început s'au fixat precis atribuțiile fiecărei părți, eliminând astfel eventualele fricțiuni, ceea ce a adus după sine o armonioasă colaborare din ambele părți.

Am ținut să accentuăm aceste chestiuni din motivul că experiența noastră de 3 ani ne-a convins pe deplin că, serviciul surorilor de ocrotire conceput și organizat în felul descris, prezintă toate garanțele unei munci efective. Colaborarea strânsă ce s'a manifestat între sora de ocrotire și medic, în Plasa Sanitară Model Gilău, demonstrează clar necesitatea și importanța acestui nou colaborator pe terenul sănătății publice.

În medie fiecare soră de ocrotire lucrează 7 h. 30 minute pe zi. Proporția diferitelor ramuri de activitate față de total dă următoarele cifre în medie:

Vizitele la domiciliu și deplasare	40 %
Lucru de birou	23 %
Asist. persoanelor la consultații	28 %
Activitate școlară și socială	9 %
Total:	100 %

Dăm mai jos tabloul rezumativ al activității surorilor de ocrotire pentru anii 1931—1933.

Anul	Vizite la domiciliu								Total	Ore de lucru în total
	PN.	S.	PS.	S.	TBC.	Ven.	Alte	Absent		
1931	166	2508	1130	478	462	130	23	70	4967	7668
1932	458	5736	1218	416	635	430	1285	260	10438	14129 ⁴⁵
1933	656	6800	2020	539	841	864	1230	344	13294	17453 ²⁰
Total	1280	15044	4368	1433	1938	1424	2538	674	28699	39251⁰⁵

Inregistrarea activității.

Pe măsură ce serviciul nostru s'a dezvoltat, s'a simțit din ce în ce tot mai mult lipsa și importanța unui sistem practic de înregistrare, care să evidențieze și să fixeze în mod clar și precis întreaga noastră activitate. Am dat o deosebită importanță dela început acestei chestiuni, care în cursul acestor 3 ani ne-a format tot timpul obiectul unei atenții speciale.

Orice sistem de înregistrare trebuie să îndeplinească 2 condițiuni fundamentale și anume: a) să redea precis, în felul unui film cinematografic fenomenele sau faptele de interes; b) să consume minimum de timp. Aceste deziderate adesea nu pot fi atinse decât numai prin sacrificarea parțială a uneia dintre ele; o evidență prea amănunțită consumă mult timp și chiar și material. Economia de timp ar putea produce lacune sau lipsuri în materialul documentator întru cât ne-a fost posibil am evitat exagerările în aceste direcții, iar dacă totuși la început s'au făcut unele greșeli de această natură, cu timpul au fost eliminate sau ameliorate după împrejurări.

În Plasa Sanitară Model Gilău se folosesc următoarele registre, fișe, rapoarte etc. cari se găsesc trecute la sfârșitul acestui raport sub următoarele numere de ordine:

1. Registru de înscrieri.
2. Registru de înscrieri pentru școlari.
3. Fișă familiară.
4. Fișă medicală pentru consultațiuni prenatale.
5. Fișă de supraveghere prenatală și de maternitate.
6. Fișă medicală pentru sugaci.
7. Fișă medicală pentru preșcolari.
8. Fișă de supraveghere pentru sugaci și preșcolari.
9. Fișă medicală școlară.
10. Fișă de supraveghere pentru școlari.
11. Fișă medicală pentru boli venerice.
12. Fișă de supraveghere pentru venerieni.
13. Fișă medicală pentru copii tuberculoși.
14. Fișă medicală pentru adulți tuberculoși.
15. Fișă de supraveghere pentru tuberculoși.
16. Fișă dentară școlară.
17. Raport epidemiologic individual.
18. Raport epidemiologic terminal.
19. Fișă de program.
20. Fișă alfabetică.

21. Raport lunar al medicului de circumscripție.
22. Raport de zi despre activitatea sorei de ocrotire.
23. Raport lunar despre activitatea sorei de ocrotire.
24. Raport zilnic despre activitatea dispensarului.
25. Raport general lunar despre activitatea Plasei.

Registru de înscrieri. (Vezi No. 1).

Acesta e un registru de evidență a persoanelor cari au beneficiat de consultațiile dela dispensar. La fiecare Casă de Ocrotire se află un astfel de registru. Complectarea lui cade în sarcina sorei de ocrotire. O persoană se introduce în registru *numai o singură dată*, chiar dacă s'ar prezenta de mai multe ori sau dacă s'ar prezenta simultan ori la intervale, la mai multe consultații de natură diferită de ex. un individ prezentat la consultații pentru venerii și tuberculoză se înregistrează o singură dată, se notează însă la rubrica „consultațiuni” atât sub coloana „TBC” cât și sub „V”. Însă în cazul, când o persoană scoasă deja din evidență, s'ar prezenta din nou la aceeași consultație, se înregistrează încă odată primind natural numărul de familie avut.

Rubrica „No. de familie” se completează prin 2 cifre unite printr'o literă.

Prima cifră înseamnă No. de ordine care începe la înființarea registrului cu numărul 1 și continuă fără întrerupere. De notat este însă că numărul de ordine este constant pentru toți membrii aceleiași familii. Membrii unei familii se disting prin schimbarea literei din numărul de familie, prima persoană având inițiala A) a doua B) ș. a. m. d. Ultima parte din numărul de familie reprezintă ultimele 2 cifre din anul în care persoana s'a prezentat la dispensar. De ex.: La o casă de ocrotire înființată în anul 1931, prima persoană consultată are „numărul de familie” 1A—31., a doua persoană din aceeași familie consultată în anul 1933, are „numărul de familie” 1B—33. etc.

Inițialele coloanelor dela rubrica „Consultațiuni” au următoarele semnificații: PN = prenatal; S = sugaci; PȘ = preșcolari; TBC = tuberculoză; V = venerii.

Rubrica „Data eșirii” indică data scoaterii din evidență și cauza ei. Prima coloană „supraveghere terminată” se completează pentru gravide la terminarea gravidității; pentru sugaci la împlinirea etății de 2 ani; pentru preșcolari la intrarea în școală, pentru tuberculoză la vindecarea definitivă sau

dacă persoana examinată nu suferă de tuberculoză; pentru venerii la vindecarea definitivă sau excluderea infecției sifilitice. „Plecat” înseamnă mutarea domiciliului din Plasă într'un loc necunoscut, iar „transferat” este considerat individul care a plecat din Plasă într'o regiune unde supravegherea lui poate fi continuată de instituțiile sanitare locale. În acest caz individul primește în copie fișa lui medicală.

Registru de înscrieri pentru școlari. (Vezi No. 2.).

Acest registru e cu mult mai simplu decât registrul general de înscrieri; această evidență se ține separată fiind că întregul material documentar referitor la igiena școlară se administrează aparte. La începutul anului școlar registrul se completează cu noi înscriși la școală, iar cu ocazia examenelor medicale se trece data examinării în dreptul coloanelor cifrelor romane cari indică anul școlar al elevului.

Fișa familială. (Vezi No. 3.).

Această fișă se întocmește de către sora de ocrotire cu ocazia primei vizite la domiciliul unei familii și se completează cu ocazia vizitelor ulterioare, când sora de ocrotire notează și faptele mai importante referitoare la persoanele asistate.

Fișele medicale. (Vezi No. 4, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 16.).

Aceste fișe, se completează atât de medic cât și de sora de ocrotire, cu ocazia fiecărei consultații, pentru fiecare categorie de consultații există fișe aparte.

Fișele de supraveghere. (Vezi No. 5, 8, 10, 12, 15.).

Aceste fișe sunt completate de către sora de ocrotire, cu ocazia vizitelor la domiciliul persoanei asistate, au imprimate toate chestiunile, detaliat, asupra cărora sora de ocrotire trebuie să insiste; astfel nu se poate omite nimic ce are importanță.

Fișa familială împreună cu fișele medicale și de supraveghere, sunt păstrate în fișierul casei de ocrotire, după numărul de ordine. Fișele cari privesc aceeași familie se păstrează într'un plic numit „plicul familial”. Acest sistem de a concentra toate fișele, cari privesc o familie, într'un singur loc, a dat rezultate foarte bune. Atât medicul cât și sora de ocrotire,

luând în mână acel plic (dosar) primește o informație exactă și fără pierdere prea mare de timp, asupra diferitelor probleme: medicale, sanitare, sociale, etc. din familie.

Raportul epidemiologic individual. (Vezi No. 17.).

Acest raport se completează de către medicii de circumscripție și se înaintează medicului igienist de Plasă, după terminarea primelor investigații referitoare la proveniență și calea infecțiunii și după luarea primelor dispoziții referitoare la combaterea infecțiunii. Acest raport se înaintează în primele 48 de ore după descoperirea unei boli infecto-contagioase.

Raport epidemiologic terminal. (Vezi No. 18).

Acest raport se completează cu datele referitoare la examinările, tratamentul și măsurile luate de către medicul de circumscripție în tot timpul îngrijirii unui bolnav infecțios. Acest raport se înaintează medicului igienist de Plasă, după ridicarea dispozițiilor referitoare la izolarea bolnavului.

Fișa de program. (Vezi No. 19.).

O astfel de fișă se întocmește pentru fiecare persoană care urmează să fie vizitată mai curând sau mai târziu de către sora de ocrotire. Ziua în care urmează să aibă loc vizita la domiciliu se notează în fișă (fișa este întocmită pentru 6 ani) care este așezată în cutia fișelor programului de zi. Această cutie are 31 de diviziuni corespunzătoare zilelor dintr-o lună. Pentru fiecare casă de ocrotire sunt 2 cutii, astfel încât sora de ocrotire își are programul fixat pe 2 luni înainte. Dimineata când se prezintă la serviciu, sora își are programul vizitelor la domiciliu deja fixat și în cursul zilei îl execută în întregime, sau în cazul când în cursul zilei au obvenit piedeci cari au împiedecat executarea lui integrală, fișele restante sunt trecute în programul zilei următoare.

Fișa alfabetică. (Vezi No. 20.).

Fișa alfabetică, se completează cu ocazia prezentării pentru consultațiuni a primului membru dintr-o familie. Cei alți membri din familie cari s'ar prezenta ulterior la consultații, sunt trecuți în aceeași fișă în ordine cronologică. Fișa alfabetică are menirea de a ajuta sora de ocrotire la stabilirea numărului de familie și de a afla repede plicul familiar în fișier. Aceste fișe formează indexul persoanelor luate în evidența Casei de ocrotire și sunt păstrate în ordine alfabetică.

Raport lunar al medicului de circ. (Vezi No. 21.).

Raportul lunar al medicului de circumscripție, cuprinde într'un singur act toată activitatea desfășurată în circumscripția sanitară, în cursul lunii respective atât în ce privește activitatea medicului cât și a personalului sanitar auxiliar și a instituțiilor sanitare. Acest raport se completează lunar de medicii de circumscripție și se înaintează medicului igienist de Plasă, care întocmește raportul general lunar.

Raportul de zi despre activitatea sorei de ocrotire. (Vezi No. 22.).

Sora de ocrotire, este obligată să înainteze zilnic medicului de circumscripție o dare de seamă asupra activității ei. Raportul de zi este trimis săptămânal în copie oficiului central al Plasei.

Coloana „în evidență“ dela grupul vizitelor la domiciliu se completează pentru persoanele cari sunt deja sub control medical.

Vizitele la domiciliu pot fi de natură preventivă sau terapeutică. Această din urmă coloană se completează când sora de ocrotire dă îngrijire la patul bolnavului (pansament, punere de comprese, băi terapeutice etc.) iar în celelalte cazuri activitatea ei e considerată ca preventivă. Coloanele „categoria și cauza“ se completează cu inițialele ce se găsesc în cele 2 tabele explicative de sub grupul vizitelor la domiciliu și înseamnă: la categoria: PN = prenatal; S = sugaci; PȘ = preșcolari; Ș = școlari; A = adult; F = familie, iar la cauza C = control și propagandă; BI = boli infecțioase; BCG = administrarea vaccinului BCG; TBC = tuberculoză; V = venerii; A = anchetă; I = intervenții (înafară de cele la instituții).

Raportul lunar despre activitatea sorei de ocrotire. (Vezi No. 23.).

Acest raport conține o totalitate a datelor din rapoartele de zi având scop statistic.

Raportul de zi despre activitatea dispensarului. (Vezi No. 24.).

Servește la evidența mișcării consultațiilor dela Casele de ocrotire după specialități zi cu zi împreună cu lucrările de laborator, vaccinări etc.

Consultațiile se trec la liniile orizontale în mod cronologic zi cu zi; în cazul când în aceeași zi se dau consultații diferite, fiecare este trecută separat.

Servește la întocmirea raportului lunar.

Raport general lunar despre activitatea Plasei (Vezi No. 25.).

Acest raport se întocmește de către medicul igienist al Plasei, la sfârșitul fiecărei luni. Cuprinde activitatea desfășurată în întreaga Plasă, deci activitatea întregului personal medical și auxiliar precum și a instituțiilor sanitare din Plasă. Pe lângă raportul numeric se întocmește și un raport, detaliat, descriptiv. Acest raport se înaintează într'un exemplar Institutului de Igienă și Sănătate Publică din Cluj iar un alt exemplar, medicului primar de județ. Se mai întocmește după acelaș model la sfârșitul fiecărui trimestru un raport trimestrial, iar la sfârșitul anului un raport anual. Aceste 2 din urmă se înaintează în limba engleză și Fondației Rockefeller.

În aparență sunt multe fișe și rapoarte, cari pot da iluzia că se pierde mult timp pentru complectarea lor. În realitate însă după o anumită experiență, fișele și rapoartele se completează cu ușurință și în timp foarte scurt. Au avantajul că impun observarea serioasă și exactă a tuturor fenomenelor mai importante și ne dau o icoană clară ca și o fotografie, asupra tuturor problemelor medicale, sociale și economice despre toate persoanele sau familiile luate în evidență. Dau posibilitatea controlului activității și totodată justificarea activității desfășurate. Impune o disciplină și o sistematizare în desfășurarea activității. Timpul necesar pentru complectarea fișelor și rapoartelor este aproximativ 20% din timpul petrecut în serviciu.

Incheiere.

Terminând expunerea asupra activității de 3 ani a Plasei Sanitare Model Gilău, trebuie să recunoaștem că nu am făcut încă tot din ceea ce se poate face și va trebui să se facă, dar nu-i mai puțin adevărat, că am făcut progrese mari față de ceea ce s'a făcut în anii anteriori, sub regimul organizării sanitare vechi.

O simplă comparație între activitatea serviciului sanitar vechiu, care nu a fost nici mai rău nici mai bun decât celelalte servicii sanitare rurale din țară și între activitatea Plasei sanitare, organizată pe baza principiilor legii sanitare din 1930, ne arată progresele făcute în mod indiscutabil.

Din datele culese din registrele medicilor de circumscripție pe anii dinaintea organizării Plasei Sanitare Model, reiese clar, că nu numai că nu s'a ajuns la soluționarea problemelor sanitare de pe acest teritoriu, dar nu s'a ajuns nici cel puțin la cunoașterea lor exactă și la fixarea programului de lucru.

Acest fapt demonstrează că organizarea veche, bazată exclusiv pe medicul de circumscripție, supra încărcat cu atribuții de administrație sanitară și medicină curativă, care în acelaș timp are însărcinarea de a face operă preventivă și terapeutică, alergând după clientela lui particulară ca să-și asigure existența, este o organizare perimată, depășită de problemele sanitare noi, am putea spune că este chiar în contradicție cu interesele superioare ale țării, așa de lapidar recunoscute în „Expunerea de motive a proiectului de buget ordinar pe anii 1934—35” a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor sociale, unde se spune hotărât, dogmatic: *„Alături de apărarea națională, sănătatea publică trebuie să fie principala preocupare a Statului”*.

Această afirmație, care trebuie să constituie axa organizării și administrației oricărei țări, care vrea să-și mențină

granițele și care vrea să-și asigure o dezvoltare constantă și progresivă, bazată pe cetățeni numeroși și sănătoși, recere pe lângă anumite sacrificii bugetare, cari în mod greșit se numesc sacrificii, fiindcă sunt investițiile cele mai rentabile, și o organizare nouă, o înarmare cu arme potrivite, puse la dispoziția noastră de descoperirile cele mai noi ale științei.

Această organizare sanitară nouă, acceptată aproape de toate țările din lume și în multe din ele realizată integral sau aproape integral, după cum ne putem convinge ușor din publicațiile oficiale ale Secției de Igienă a Ligei Națiunilor, se bazează pe preponderența principiului de prevenire, de profilaxie și mai puțin pe cel al reparației, al terapeuticei. Acest principiu aduce după sine descărcarea medicului igienist de obligațiile clientelei particulare și de o parte a terapeuticei, care nu are în același timp și un caracter mai general de prevenire. El rămâne un organ tehnic specializat în igienă, iar atribuțiile curative de ordin particular precum și cele fără caracter de prevenire, rămân în sarcina medicului de circumscripție.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a putea realiza acest deziderat esențial al organizării sanitare moderne, s'a încadrat între serviciul sanitar județean, cu atribuții de administrație sanitară și serviciile sanitare de circumscripție, cu atribuții de terapeutică, o nouă unitate sanitară, cu atribuții de igienă și de prevenire, care e Plasa sanitară.

Ar fi o greșală însă să se creadă că medicul igienist de plasă trebuie să cunoască numai igienă și poate fi deci ignorant în medicina terapeutică. Programul de activitate al Plasei Sanitare Model Gilău, arată clar, că medicul igienist de plasă, pe lângă faptul că trebuie să fie un temeinic cunoscător al principiilor și al tehnicei igienei, trebuie să fie un bun cunoscător și al multor probleme de medicină terapeutică. Cum ar putea altcum să combată bolile infecțioase, tuberculoza, veneriile, mortalitatea infantilă, paludismul, etc., dacă nu ar avea cunoștințe temeinice pentru diagnosticarea acestor boli și cum ar putea lua dispozițiile necesare din caz în caz dacă nu ar avea cunoștințele necesare pentru tratarea acestora? Medicul igienist trebuie să ia parte activă la diagnosticarea și tratamentul specific al bolilor infecțioase și sociale, trebuie să facă examenul medical periodic al elevilor școlari, trebuie să participe la combaterea preventivă și medicală a bolilor primei

copilării, tot atâtea atribuții de care nu se poate achita, dacă nu cunoaște aceste probleme nu numai din latura lor preventivă ci și latura medicală și terapeutică. Prin urmare separarea se referă mai mult numai la partea terapeutică, care privește clientela și medicina curativă în sensul strict al cuvântului. Din acest motiv, pentru a putea asigura independența materială și morală a medicului igienist, se cere să fie bine salarizat și să fie pus la adăpost de orice alte preocupări, afară de cele ale serviciului.

O altă diferență fundamentală între principiile organizării sanitare vechi și noi este în metodele de lucru. Este un fapt, dovedit de nenumărate experiențe, că în materie de sănătate publică nu se pot obține rezultate definitive, numai dacă există o colaborare între persoanele chemate să îmbunătățească starea sanitară a unei populații și între populația respectivă, colaborare care poate fi bazată numai pe educația igienică a populației respective. Americanii spun „The future of public health is the health education“, adică: „viitorul sănătății publice e educația igienică“, o afirmație care conține mult adevăr și e bazată pe o lungă experiență.

Educația igienică nu poate fi făcută dela distanță, prin broșuri, conferințe ocazionale, cinematograf, etc., ea trebuie să fie sistematică, continuă și trebuie să se bazeze pe exemplificări. Acele peste 28.000 vizite la domiciliu făcute de surorile de ocrotire în timp de 3 ani, echivalează fiecare cu câte-o lecțiune practică de igienă, iar acele peste 30.000 consultații date în acest interval, pe lângă altele, mai au și un rol educativ. Acest număr mare de vizite la domiciliu, făcute în bună parte chiar la invitația populației precum și rezultatele obținute în urma acestor vizite, arată că țăranul român nu numai că nu e refractar ideii de educație și de progres, dar e chiar doritor; trebuie însă să se convingă că i-se vrea binele.

Numărul mare de consultațiuni gratuite, la care uneori vine populația dela distanță de zeci de km., mamele aducându-și nu numai copiii bolnavi, dar într'un număr crescând și copiii sănătoși, arată că țăranul nu fuge de medic, înțelege într-o anumită măsură și rostul dispozițiilor de prevenire și după un timp oarecare poate deveni chiar un colaborator foarte prețios în executarea acestor dispoziții.

Pe lângă toată munca intensă desfășurată în mod sistematic, recunoaștem singuri, că nu am ajuns încă la rezultatele

maximale la cari se poate ajunge, din motivul că această educație igienică se face în mod foarte lent; trebuie crescută o generație nouă, trebuiesc schimbate fundamental obiceiurile de toate zilele ale populației și trebuie obișnuită cu o altă concepție de viață, ca să-și aprecieze mai mult sănătatea, acest bun suprem al omului.

Plasa sanitară, pe lângă aceea că trebuie să fie un serviciu tehnic, condus de oameni specializați, trebuie să fie și un serviciu viu, dinamic, care să se sesizeze de toate fenomenele ce apar și pot influența sănătatea publică. Serviciile de pură administrație sau mai bine zis de birocrație sanitară, nu mai pot face față necesităților urgente; e inadmisibil ca și în viitor să vedem numai hârtia și nu omul, să vedem numai boala și să nu vedem mediul și condițiile cari au dat naștere boalei.

În cursul expunerii activității Plasei pe 3 ani, ne-am ferit să tragem prea multe concluzii și n'am arătat nici chiar toate rezultatele obținute, tocmai din motivul că 3 ani sunt prea puțini pentru modificarea unui mediu, pentru schimbarea unui fel de viață și prin urmare rezultatele nu sunt încă cele definitive, sunt numai la începutul conturării lor.

Pentru combaterea mortalității infantile, a tuberculozei, a veneriilor, etc. s'a depus o muncă foarte intensă; rezultatele în comparație cu anii anteriori sunt evidente, dar nu sunt încă acele pe cari le așteptăm și pe cari suntem siguri că le vom obține, continuând activitatea începută, complectând-o și adaptând-o după condițiile și fenomenele cari trebuie să determine o activitate de această natură.

Așa, pentru combaterea mortalității infantile Casele de ocrotire vor trebui neapărat complectate în sensul ca să putem face și ospitalizarea pe un timp oarecare a copiilor cu turburări gastro-intestinale, broncho-pneumonii, etc., nu numai exclusiv în vederea tratamentului ci și în vederea educației mamelor pentru îngrijirea corespunzătoare a copiilor în astfel de cazuri.

Pentru combaterea tuberculozei, pe lângă ceea ce am făcut până acum, va trebui să facem o anchetă sistematică pentru depistarea cazurilor de boală, fiindcă deși până acum am examinat peste 3000 de persoane, cele mai multe și radiologic, nu am ajuns încă la cunoașterea exactă a numărului tuberculoșilor, condiție esențială pentru începerea combaterii.

Recunoaștem, că mai avem încă mult de făcut; greul muncii ne așteaptă numai de aici înainte. Avem însă convingerea că am apucat pe o cale bună, pe singura cale pe care putem merge înainte, ne-am ales bine metodele de lucru și dacă factori independenți de noi, nu ne vor împiedeca, vom putea demonstra cu date reale, că principiile legii din 1930 sunt aplicabile și sunt chemate, mai curând sau mai târziu, să schimbe serviciul sanitar rural mai mult fictiv decât real de azi, într'un serviciu eficient, viu și dinamic.

Tabla de materii.

	Pag.
Prefață	3
Introducere	6
I. SITUAȚIA GEOGRAFICĂ ȘI CĂI DE COMUNI- CATIE	11
Organizarea administrativă	11
Ocupația, situația economică și culturală a lo- cutorilor	13
Organizația sanitară (Înainte de înființarea Plasei Sanitare Model Gilău)	14
II. ORGANIZAREA ACTUALA A PLASEI SANITARE MODEL GILĂU	17
Casa de Ocrotire	17
Personalul	23
Mijloace de locomoțiune	26
Bugetul	27
Cheltuieli pe cap de locuitor și pe an	32
III. ACTIVITATEA CASELOR DE OCROTIRE ȘI ACTIVITATEA PE TEREN ÎN PLASA SANI- TARĂ MODEL GILĂU	34
1. Supravegherea gravidelor: a) depistarea gravide- lor; b) urmărirea gravidelor din punct de vedere preventiv; c) examinarea gravidelor	34
2. Îngrijirea sugacilor: a) supravegherea preventivă a copiilor de sân; b) supravegherea medicală a sugacilor.	40
3. Îngrijirea preșcolarilor	46
4. Îngrijirea școlarilor	48
5. Combaterca tuberculozei: a) depistarea cazurilor, b) supravegherea bolnavilor la domiciliu, c) su- pravegherea bolnavilor eșiți din sanator, d) Exa- minarea persoanelor de contact, e) supravegherea persoanelor de contact	56
6. Combaterca bolilor venerice: a) depistarea cazuri-	

	Pag.
rilor; b) serviciul de consultații anti-venerice; c) serviciul de educație și propagandă	66
7. Combaterea bolilor infecto-contagioase: a) depistarea cazurilor; b) izolarea bolnavilor.	73
8. Vaccinarea anti-tuberculoasă	80
9. Lucrări și demonstrații în sanitație	87
10. Plasa Sanitară ca centru de instrucție	94
11. Poliția sanitară	96
IV. MIȘCAREA POPULAȚIEI	98
1. Natalitatea	100
2. Mortalitatea	101
3. Mortalitatea maternă	102
4. Mortalitatea infantilă	104
a) Cauze medicale, b) Influențe sezoniere, sex, c) Alimentație și vârstă, d) Ingrijirea copiilor, e) Ingrijirea prenatală, munca mamei, f) Ingrijirea intra și post-natală, g) situația părinților, h) locuința, gradul de cultură, i) situația comunelor .	104
5. Rezultatele în combaterea mortalității în Plasa Sanitară Model Gilău	110
V. ACTIVITATEA SURORILOR DE OCROTIRE ȘI ÎNREGISTRAREA ACTIVITĂȚII	113
Inchiere	122
Tabla de materii	127

Registrul de Inscriveri

[illegible]

Registru de înscrieri pentru școlari.

[illegible]

Plasa Sanitară Model G i l ă n

Numele: _____

No. fişei:

Data compl: _____

Compl. de :

Comuna _____

FISA FAMILIARĂ

[illegible]

Membrii familiei	Starea civilă					Ettatea	Naț.	Rel.	Ocupația	Școala	Starea sănătății (Dacă mori, data și cauza)
	Căs.	Văd.	Div.	Conc.	Aband						

Tatăl :					
Mama :					
Copiii	Sexul	In viață	Mort	Trăiește în fam?	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

[illegible]

Rezumatul Serviciilor indeplinite.

[illegible]

[illegible]

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Plasa Sanitară Model
G I L Ă U

Numele _____

No. fișei _____

Data compl. _____

Comuna _____

Compl. de _____

Fișa medicală pentru consultațiuni prenatale.

Anteced. ereditare _____

Anteced. pers. _____

Prima menstruație _____

Menstruații ulterioare _____

Nr. nașterilor _____ Nr. avorturilor _____

Nr. copiilor în viață _____

Morți _____

Detalii asupra nașterilor anterioare _____

Examele de laborator :

Tensiunea sang. ^{Maximă}
_{Minimă}

Urina ^{Albumină}
_{Puroia}

Reacția Vassermann _____

Starea prezentă.

Etatea _____ Greutatea _____ Talia _____

Starea generală _____

Ultima menstruație _____

Vărsături _____

Edeme _____

Varice _____

Scurgeri _____

BAZINUL : Dist. spinelor _____

dist. creștelor _____

di. trochant. _____

dist. Baudeloque _____

Sarcină simplă, gemelară _____

Gravidă în luna _____

Data aprox. a nașterii _____

Prognosticul nașterii _____

OBSERVAȚIUNI.

Consultații ulterioare

[illegible]

Plasa Sanitară Model
G I L Ă U

Numele :

No. *fisei* :

Data compl :

Compl. de

Comuna

Fișa de supraveghere Prenatală și de Maternitate

Adresa : 1.

Data nařt,

Locul nașt.

Ultima menstruație :

Data probabilă a nașt.

Al câtelea copil ?

Nast. anterioare :

Cum au decurs nast. anter. ?

Starea civ. Necăs. Căs. Văd. Div. Conc. Ab.

Ocupația

Boli ant.	Data Ven	T. B. C.	Inimă	Mintale
-----------	----------	----------	-------	---------

Gravida

Sotul

Avorturi (câte, data)

Nat.

Rel.

A fost sub trat. ? Data

VIZITE LA DOMICILIU

[illegible]

Plasa Sanitară Model
G I L A U

Numele:

No. fișei:

Data compl.:

Comuna

Compl. de

Fișă medicală pentru sugaci

Sexul: Naționalit.: Domiciliul } Familiei Ocup. } tatălui:
Religia: Născut la Crescătoarei mamei:
crescătoarei:

Copilul este } legitim recunosc. Crescut în familie sau nu ?
nelegitim nerecunosc. Dece nu ?

Antecedente ereditare			Alți copii				
	Tatăl	Mama	Numele	Data nașteri	Starea sãn.	Data decesului	Cauza
Elatea							
Starea sãn.							
Tuberculoză							
Sifilis							
Alcoolism							
Gusă							
Alte boli							
Nr. sarcinilor							
Copii în viață							
Avorturi							

Antecedente personale :

Greutatea }
No. de ord. in fam.: Talia } la nașt.

Născut } la termen Nașterea :
 } luni Asistat de :

Alimentația : }
 } la sân
 } mixtă
 } artifi-
 } cială
 } înfărcat

Desvoltarea }
generală : } dentițiunea
 } umblă
 } vorbește

Vaccinări : }
 } B. C. G. Pirquet
 } Antivariolică
 } Antidifterică
 } Allele

Sifilis : R. W.

Boli înainte de prezentare :

Istoricul boalei :

Starea actuală :

Greutate : Talie : Temp :

Starea gen. :

Pielea și pielea păroasă :

Ganglioni :

Scheletul : }
 } craniu :
 } trunchiu :
 } membre :

Tubul digestiv :

Pulmoni :

Cord :

Sistemul nervos și desv. psihică :

Aparatul urogenital :

Cavit. bucală :

Gât : Urechi :

Nas : Ochi :

Glande endocrine :

Analize de laborator :

Observațiuni :

Diagnostic :

[illegible]

[illegible]

Plasa Sanitară Model G I L Ă U	Numele:	No. fișei:
Comuna		Data compl.:
		Compl. de

Fișă medicală pentru preșcolari

Sexul:	Naționalit.:	Domiciliul } Familiei	Ocup. } tatălui:
Religia:	Născut la .....			Crescătoarei } mamei: .....
			crescătoarei:

Copilul este	legitim	recunosc.	Crescut în familie sau nu ?
	nelegitim	nerecunosc.	Deci nu ?

Antecedente ereditare			Alți copii				
	Tatăl	Mama	Numele	Data nașteri	Starea sãn.	Data decesului	Cauza
Etatea							
Starea sãn.							
Tuberculoză							
Sifilis							
Alcoolism							
Guașă							
Alte boli							
Nr. sarcinelor							
Copii în viață							
Avorturi							

Antecedente personale:

No. de ord. în fam.; _____ Greutatea la nașt. _____

Născut la _____ luni. Talia la nașt. _____

Alimentația:	{	la sân _____
		mixtă _____
		artif. _____
		înălțat _____

Primii dinți _____

A început să	{	șadă _____
		umblă _____
		vorbească _____

Vaccinări:	{	B. C. G. _____
		Antivariolică _____
		Altele _____

R. W. _____ Pirquet _____

De ce boli a suferit? _____

Pentru ce vine la dispensar? _____

Exame de laborator:**Starea actuală:**

Greutatea: _____ Talia _____ Temp. _____

Starea generală: _____

Schelet:	{	craniu _____
		trunchiu _____
		membre: _____

Pielea _____

Țesutul celulo-adipos. _____

Țesutul muscular _____

Ap. resp. _____

Ap. cardiovascular. _____

Ap. digestiv _____

Abdomen _____

Sist. nervos _____

Urechi: _____ Ochi: _____

Nas: _____

Glande endocrine: _____

Ganglioni: _____

Cavitatea bucală _____

Diagnostic _____ Obs. _____

[illegible]

[illegible]

Plasa Sanitară Model
G I L Ă U

Numele:

No. Fișei:

Data compl:

Compl. de:

Comuna:

Fișa de supraveghere pentru sugaci și preșcolari.

Naț.: Rel.: Sex. B. F.: Legitim: Nelegitim: De cine e crescut:

Adresa: 1.

2.

Data nașt.: Locul nașt.: S'a născut: Acasă: Spital: Clinica:

Ingrijire prenatală: Cât timp? Asist. la nașt.: Medic: Moașă: Altă pers.: Fără asist.:

Nașt. a fost: la term. Prematură: Normală: Instrum.: Greut. la naștere:

Alimentat natural: Câte luni? Data și motivul ablactării: A vorbit la:

Alimentat mixt: Câte luni? A umblat la:

Alimentat artificial: Câte luni? Primii dinți la:

Imunizările:	Data:	Boli:	Data	Boli:	Data	Obiceiuri:
Vac.	I. Vac.	Pneumonie		Pojar		Urinează în pat?
B. C. G.	II. Vac.	Amigdalită		Pertusis		Masturbează?
	III. Vac.	Otită medie		Difterie		Suge degetul?
Vac. Antivaricolică		Reumatism		Scarlatină		Doarme singur?
Difterie		Turb. gastro-intest.		Parotidită		Raportul dintre. păr. și copii?
Scarlatină				Altele		
Febră Tifoidă						Desvolt. mintală:

Prima vizită (Sug, Preșc.): Data

Transferat la Preșc. Data

Data scoaterii din evidență:

Cauza scoaterii din evidență:

Consult. la Dispensar? Data:

Data		Observațiunile sorei	Numele sorei
Etatea			
Greutatea			
Temperatura			
Piele	Observațiunile		
Ochii			
Urechile			
Nas-gât			
Dinți			
Somnul	Obiceiuri	Alimentația sugaciunii	
Aer curat			
Scaune urină			
Bae			
Îmbrăcăm.	Alimentația în general		
Natur.			
Mixtă			
Artificială			
Cantitatea	Alimentația în general		
Poftă de mâncare			
Mese reg.			
Lapte			
Legume			
Fructe	Observațiunile sorei		

Nota : 1 Bine ; 2 Satisfactor ; 3 Nesatisfactor ; X necesită atenție medicală ; — nu s'a obținut informațiuni.

Comuna _____

Data compl. _____

Compl. de _____

Fișa Medicală Școlară

Data nașterii _____

Școala _____

Numele părinților _____

Locul nașterii _____

No. matricolei _____

Ocupația „ _____

Naționalitatea _____

Locuința _____

Adresa „ _____

Clasa						
Data examinării						
Îalta						
Greutatea						
Greutatea coresp. pt. înălț. și etate						
Perimetru toracic	insp. exp. dif.					
Ochi	conj. acuit, viz.					
No. (veget. ad.)						
Gât (amigd.)						
Urechi						
Gură și dinți						
Ganglioni						
Pielea	paraziți scabie tbc.					
Cord						
Pulmoni						
Gură						
Sist. osos						
Sist. nervos						
Coef. de intelig.						
Alte defecte						
Boli în fam. (Tbc., sif., alc., boli psih. și mintale, etc.)						
Observațiuni						

[illegible][illegible]

Plasa Sanitară Model
G I L Ă U

Comuna

Numele :

No. fisei :

Data compl:

Compl. de:

Fișă de supraveghere pentru școlari.

Adresa : 1.

2.

Data nast.:

Greut,

Inhalt.

Scoala

Locul nast.:

Nat.

Data exam. medical :

Sexul: B. F.

Rel.

Boli anterioare :

Vaccinari?

Defecte cari necesită corectare:

VIZITE LA DOMICILIU

[illegible]

Data		Greut.		Temp.		Observațiuni		Obiceiuri igienice		Alimentație		Observațiunile Sorei	Numele Sorei
						Pielea		Nas, gât		Lapte			
						Urechile		Bae		Pâine			
						Ochii		Curățenia		Carne			
						Dinții		Pofta de mîncare		Legume			
						Somn		Mese reg.		Ouă			
						Aer curat				Fructe			
						Scaune reg.							

Plasa Sanitară Model
G i l ă u

Numele _____

No. fișei _____

Data compl.: _____

Comuna _____

Compl. de _____

Fișa medicală pentru boli venerice

Etatea _____ Greutatea _____

Anteced. ered. _____

Anteced. pers. _____

Data îmbolnăvirii _____

Primele simptome _____

Tratament ant. _____

Exame de laborator :

Reacția Wassermann _____

Urina : Albumină
Puroi

Tensiunea sanguină : Maximă
Minimă

Diagnostic _____

Starea prezentă :

Starea generală _____

Pielea _____

Gât _____

Ap. respirator _____

Ap. digestiv _____

Ap. circulator _____

Sist. oso _____

Sist. nervos _____

Ganglioni _____

Nas _____

Ochi _____

Org. genitale _____

Observațiuni _____

[illegible]

Numele

No. fişei _____

Data compl. _____

Comuna _____

Compl. de _____

BCU Cluj / Central University Library Cluj

[illegible]

[illegible]

Plasa Sanitara Model G i l ă u	Numele	No. fișei :
Comuna		Data compl.:
		Compl. de:

Fișă medicală pentru copii tuberculoși

Etatea Domiciliul No. împreună cu
 în camere, Ocup părinților Indrumat de Data prezetării

DIAGNOSTIC TBC, PULMONARĂ ADENOP. TR.-BR, TBC		Alte localizări tbc.	Alte diagnostici
--	--	----------------------	------------------

Antecedente familiale (Tbc. și durata contactului; sifilis, alcool)

Alte surse de infecțiune

Antecedente personale Pleurezii Hemoptizii Tbc. osteo-articulară Tbc. ganglion.	Boli infecțioase Catar al căilor respir. Anemie; Tulb. digestive Conjunctivite
---	--

Bolă actuală (Data și modul debutului)

Evoluția
 Perioade febrile și incidente

Starea act.: Tuse Expectorație Temperatură (Rectal, Bucal) Starea generală Respirație Funcț. digestive Talia	Greutatea obicinuită " actuală Cât a pierdut în greutate? Starea forțelor Transpirațiuni Alte acuze
---	--

Creșterea: Născut la luni, cântărind ; se ridică la umblă
 Perioadă prepuberă, puberă, menstruația

Facies

Ganglioni, cicatrici

Torace

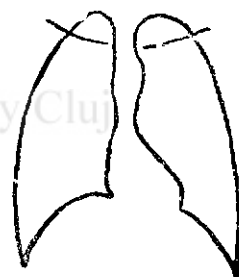
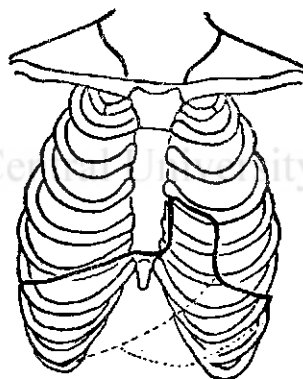
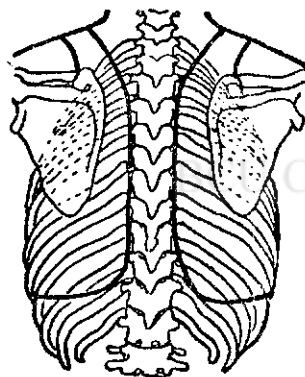
Gură

Laringe

Examenul fizic și radiologic al plămânului.

B. K.

R. S.



RADIOGRAFII No.

Abdomen

Splină, ficat

Rinichi

R. Pirquet

R. Mantoux

Vaccinat B. C. G.

Când

Tratam. Ant. (Pt. Tbc.)

Va reveni

Măsurile luate (Terapeutice, profilactice)

Vizite la domiciliu

Comura:

Numele: _____

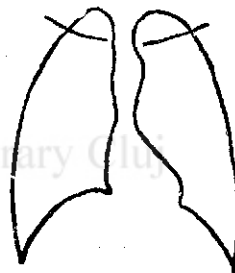
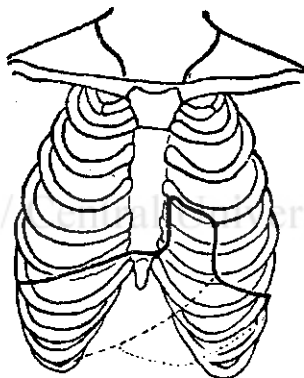
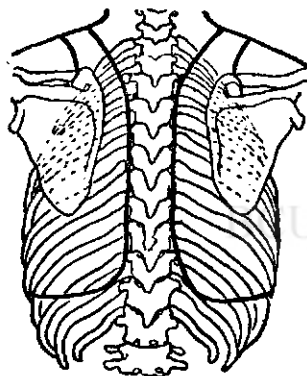
ad No. _____

Examene ulterioare pentru copii tuberculoși

Mersul boalei.

Vacc. B. C. G. _____

Expect : _____



B. K. _____

POT. MTX:_____

R. S.

Grent. _____

Temp. _____

RADIOGRAFI N_o. _____

Măsuri luate (Profilactice, Terapeutice)

[illegible]

EXAMINARI

[illegible]

Plasa Sanitară Model
G i l ă u

Numele

No. fișei:

Data compl.

Compl. de

Comuna

Fișă medicală pentru adulți tuberculoși

Vârsta st. civilă domiciliat în str. Nr.

Împreună cu în camere Ocupațiunea

Îndrumat de

Data prezentării

DIAGNOSTIC

TBC. PULMONARĂ

ALTE LOCALIZĂRI TBC.

ALTE DIAGNOSTICURI

Antecedente familiale (Tbc. și durata contactului)

Alte surse de infecțiune

Antecedente personale (Trecut bacilar)

Boli contagioase

Lues, alcoolism

Boala actuală (Mod. debut.)

Evoluția

Periode febrile și incidente

Hemoptizii

De când nu lucrează ?

Starea act.: Tuse

Expectorație

Temperatură Puls Respirație

Dureri toracice

Starea generală

Greutatea obicinuită

actuală

Cât a pierdut în greutate ?

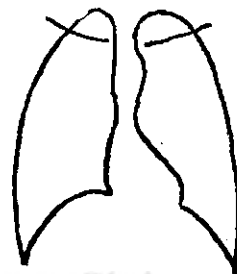
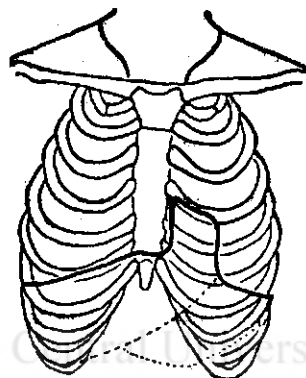
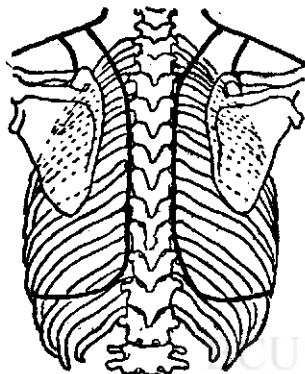
Transpirațiuni

Simptome nervoase

Alte acuze

Funcția gastrointestin

EXAMENUL FIZIC ȘI RADIOLOGIC AL PLĂMÂNULUI



B. K.

R. S.

RADIOGRAFII No.

Alte organe: Tegum. și muc.

Ganglioni

Tes. celulo-adip.

Sist. osteo-articular

Cord

Aparatul digestiv

Rinichiuri

Nasofaringe

Laringe

Genitale (Menstr.)

Tratam. ant. (Pt. Tbc.)

Măsuri luate profilactice și curative

Va reveni

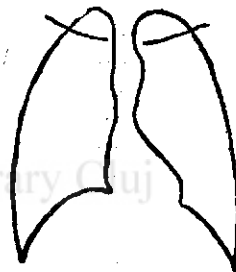
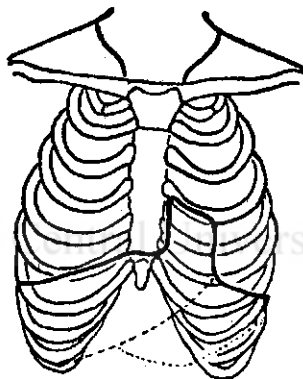
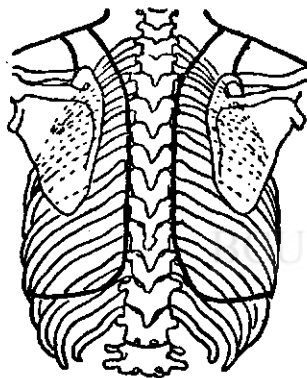
Vizite la domiciliu

ad No.

Examene ulterioare pentru adulți tuberculoși

Mersul boalei.

Expect : _____



B. K. _____

R. S. _____

Greut, _____

Temp. _____

RADIOGRAFI N^o. _____

Măsuri luate (Profilactice, Terapeutice)

[illegible]

EXAMINARI

[illegible]

Plasa Sanitară Model
G i l ă u

Comuna

Numele

No. fișei

Data compl.

Compl. de

Fișă de supraveghere pentru tuberculoși

Naț. Rel. Ocupația: Data și locul nașt. Sex. B. F. C. St. civ.: Necăs. Căs. V&d. Div. Conc.

Adresa 1.

2.

No. și etatea copiilor:

La copilul boln. Starea fam.: Orfan: de tată de mamă

Dat spre îngrijire: E la părinții propr?

Istoricul boalei prezente:

Expunere la T. B. C.

Boli ant.: (indicații data)

Vac. B. C. G.

Data consult. la Dispensar:

Diagnosticul

Data admit.

Data eșrii

Starea pacient. la 1^a vizit.: În pat:

Sculat:

Lucrând:

Simptomele:

Resurse (Salaril, pensie, etc.)

Asigurat: Da Nu

Unde?

Locuința: No. camerilor

No. pers.: Adulți

Copii:

Școlari:

D O R M I T O R

P A T

Data luării în evidență:

Comun cu

Comun cu

Propriu

Adulți

Copii
mici

Școlari

Propriu

Adulți

Copii
mici

Școlari

Data scoaterii din evidență:

Obs. ref. la profilaxie:

Data	Temp.	Sputa Exam. Data	Rezultat
		Tușește ?	
		Desinfect. Vase, Ruțe etc.	
		Doarme singur?	
		Odihnă	
		Alimen- tația	
		Obo- sește ?	
		Transp. nocturno	
		Hemoptizii (Data)	
		Răgu- șește	
		Observațiunile Sorei	
		Numele sorei	

Plasa sanitară model Gălău

INFECȚIUNEA

Circ. san. _____

No. _____

Comuna _____

No. _____

bolnav, purtător, excretor¹⁾

Data _____

Raport epidemiologic individual

Numele : _____ Vârsta : _____ Sexul : _____ Ocup. : _____

Data îmboln. : _____ Data decl. : ²⁾ _____ Persoane de contact : ³⁾ _____

Diagnosticul clinic : ⁴⁾ _____

Examen de laborator : ⁵⁾ _____

Îmbolnăviri de aceeași natură în familie, cine și când : _____

Proveniența infecției : ⁶⁾ _____

Calea de infecție : ⁷⁾ _____

Dispoziții luate : ⁸⁾ _____

Obs. :

INSTRUCȚIUNI.

- 1) Se va șterge ce nu e necesar.
- 2) Se va da și numele medicului.
- 3) Numele, adresa și etatea.
- 4) Sigur sau probabil.
- 5) Se va nota: a) s'a luat sau nu material pentru analiză; b) în cazul că s'a luat, rezultatul: pozitiv, negativ, lipsește.
- 6) Numele și adresa.
- 7) Contact direct sau indirect (aer, apă, sol, alimente mixt).
- 8) Se vor nota toate datele referitor la:
 - a) tratament (etiologic),
 - b) izolarea bolnavului și a persoanelor de contact sau suspecti,
 - c) dacă se face sau nu desinfecție continuă, cine o execută și cum
 - d) procedeul eventualei seroprofilaxii (cu numărul persoanelor)
 - e) date asupra vaccinării (procedeu, persoane),
 - f) măsurile adresate căii de infecție înafară de locuință.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest raport se va înainta medicului igienist de plasă după terminarea primelor investigații referitor la proveniență și calea infecțiunii și după luarea primelor dispoziții referitor la combaterea infecțiunii, nu va putea întârzia însă peste 48 ore după descoperire.

B) Examinări de laborator.

Data	Materialul de examinat	Rezultatul		Data	Materialul de examinat	Rezultatul

C) Desinfecție terminală (cum, prin cine):

D) Dispoziții luate după însănătoșire în caz de purtător cronic.

Data	OBSEVAȚIUNI

Insănătoșit la Mort la Ridicarea măsurilor de izolare la

OBS.

Medic de circ.:

la 193

Acest raport se trimite medicului igienist de plasă după ridicarea dispozițiilor referitoare la izolarea bolnavului.

FIȘĂ DE PROGRAM.

umele _____

dresa _____

auza _____

L U N A	193	193	193	193	193	193	Observații
Ianuarie							
Februarie							
Martie							
Aprilie							
Mai							
Iunie							
Iulie							
August							
Septembrie							
Octombrie							
Noembrie							
Decembrie							

FIȘĂ ALFABETICĂ

umele de familie	Starea	Nr.
onumelo		A
		B
		C
		D
		E
		F
		G
		H
		I
		J

mticiliul _____

ata intrării _____ Data eșirii _____

Luna

Plasa sanitară:

Circumscripția sanitară :

Medic Dr.

Raport lunar al medicului de circ.

II. Date demografice				
Numărul comunelor				
Numărul locuitorilor				
Născuți vii	Născuți morți	Morți		Verificarea morții
		0-1 an	peste 1 an	medic necroptor

III. Activitatea medicului

a) **Miscarea bolilor infecțioase.**

[illegible]

II. Ad. art. 274. al. 5 (în afară de Tbc. și venerii) indicându-se numai Nrul. cazurilor noi și a morților.

Observațiuni referitoare la calea de infecțiune în epidemiile mai im-
port (contact, hidrică, alimentară, mixtă)

Comunele cu un număr de peste 5 cazuri de boală

b) Mișcarea bolilor sociale

(No. 21. pag. 2.)

Boala	Bolnavi vechi în evid.	Bolnavi noi	Total		No. pers. de contact exam.	Eștiți			Rămăși în evid.	Observațiuni
			în evid.	Spit. San.		Săn.	plecat	mort.		
Tuberculoză										
Boli venerice										
Paludism.										
Cancer										

c) Consultațiuni (în afară de cele dela dispensar).

Cons.	Boli inf.	Tbc.	vene- rice	Alte boli	Observațiuni
Sugaci					
Preșcolari și școlari					
Adulți					

d) Inspecția școalelor și a elevilor (data, No. școalelor insp.,
No. elev. exam.)

e) Starea de salubritate a comunelor

f) Inspecția localurilor publice și măsurile luate (data și No. loc.
publ. insp.)

g) Probe de băuturi și alimente și rezultatele analizelor.

h) Propagandă, conferințe, broșuri distribuite (data, comuna și
subiectul conf.)

i) Deplasări

Comuna	Data	Cauza de- plasării	Comuna	Data	Cauza de- plasării

j) Permise, concediu

Numărul persoanelor internate în Spital

Cauza internării	Rămăși din luna trec	Noi	Total	Ești	Rămăși	Obs.
Copii boln.						
Nașteri						
Infecțioși						
Intervenții chirurgie						
Alle boli						

V. Activitatea sorei de ocrotire.

[illegible][illegible]

No. zilelor de supraveghere.

No. zilelor în cari s'a luat baie.

Cantitatea de lapte distrib. (în litri.)

No. conferințelor ținute.

- f) Altele.

VI. Activitatea moaşelor.

(No. 21. pag. 4.)

cu dipl.	No. moaşelor		No. total al naşterilor	Naşteri asistate de moaşe cu dipl.	Naşteri asistate de moaşe emp.	Naşteri fără asistentă	Inst. de azotat de argint
	emp.						

Câte inf. puerperale au fost în cursul lunii ?

La câte naşteri a asistat medicul ?

VII. Agent Sanitar.

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| a) Localuri publice inspectate | f) Abatoare contr. |
| b) Locuinţe part. | g) Măcelării contr. |
| c) Desinfecţii terminale | h) Altele |
| d) Fântâni contr. | i) Deplasări |
| e) Latrine contr. | j) Permise, concediu |

VIII. Activitatea altor pers. part. societăţi, comitete locale etc.

IX. Realizări

Fântâni	noi	
	rep.	
Latrine	noi	
	rep.	
Case	noi	
	rep.	
Localuri	noi	
	rep.	

X. Propuneri şi observaţii.

edie de circumscripţie :

Raportul de zi al sorei de ocrotire.

Numele sorei de ocr. ziua luna 193

I. Vizite la domiciliu										II. Casa de ocrotire																																				
Numele	Categoria	Cauza vizit.	In evid.	Natura act.		Timpul				Natura act	Timpul																																			
				Prev.	Terap.	de la	la	ore	min.		de la	la	ore	min.																																
										Cons.																																				
										Total																																				
										Birou																																				
										Total																																				
Total										III. Activitatea școlară și socială																																				
Repartizarea vizitelor după categorii <table border="1"> <thead> <tr> <th>P. N.</th> <th>S.</th> <th>P. Ș.</th> <th>Ș.</th> <th>A.</th> <th>F.</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Repartizarea vizitelor după cauză <table border="1"> <thead> <tr> <th>C.</th> <th>B.I.</th> <th>B.C.B.</th> <th>I.B.C.</th> <th>Ven</th> <th>Alte</th> <th>A.</th> <th>I.</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										P. N.	S.	P. Ș.	Ș.	A.	F.	Total								C.	B.I.	B.C.B.	I.B.C.	Ven	Alte	A.	I.	Total										Insp. și exam. șc.				
										P. N.	S.	P. Ș.	Ș.	A.	F.	Total																														
										C.	B.I.	B.C.B.	I.B.C.	Ven	Alte	A.	I.	Total																												
Conferințe și cursuri																																														
Intervenții																																														
Alte																																														
										Total																																				
										Ore de lucru																																				
										Nat. act.	ore	min.																																		
										Vizite la dom.																																				
										Cons.																																				
										Birou																																				
										Act. șc. și soc																																				
										Alte																																				
										Deplasări																																				
										Total																																				
										Sora de Ocrotire :																																				

Controlat Sora Șef:

Văzut: Medic igienist al Plasei:

Plasa Sanitară Model
G i l ă u

Raportul lunar al sorei de ocrotire

Numele sorei de ocrotire luna 193.....

Data	Vizite la domiciliu											Activ. școlară și soc.		Ore de lucru									
	Total	In evidență	Categorია					Cauza						Vizite	Cons.	Birou	Activ. școl. și soc.	Altele	Deplasări	Total			
			P. N.	S.	P. Ș.	S.	Ad.	F.	C.	B. I.	B. C. G.	T. B. C.	Ven.	A. B.	An.	I.	Absent	Insp. școlare	Conf. școlare	Interv.	Altele	Casa de ocrotire (consult.)	
3																							
S. M.																							

Soră de ocrotire.

Raport zilnic despre

CONSULTAȚII																				
Data	Totalul cazurilor supravegheate	Cazuri vechi	No. celor ve- niți la con- sultațiuni		Rămași	Copii				Pre- natale		Tuberculoză								
			Cazuri noi	Readmiși		Total	Eștiți	Ore	No.	S.	P. Ș.	§	Ore	No.	Ore	No.	Diagnostic			Radi- scopi
																	+	-	obs.	
Ore	No.	S.	P. Ș.	Sex b. f.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	No.	Ore	

Luna

BCU Cluj / Central University Library

Consultațiuni	No.	Numărul orelor	Nr. total al consultațiunilor	Nr. cazurilor în evid. la încep. lunei	No. cazurilor noi în cursul lunei				E ș i ț i	Nr. cazurilor rămase la sfârșit lunei	S e	
					Cazuri noi	Read- mișt	Adm. p. transf.	Total			b	f
Sugaci												
Preșcolari												
Școlari												
Prenatale												
Tuberculoză												
Venerii												
Stomatologie												
Total :												

E x a m i n ă r i d e l a b o r a t o r ș i t r a t a m e n t

Radioscopie	No. injecțiilor anti-sifilitice	V a c c i n ă r i					Pirque	
		Var.	Diff.	Febr. tif.	BCG.	Rev BCG.	+	-

R a p o r t u l s u r o r i l o r d e o c r o t i r e .

		V i z i t e l a d o m i c i l i u									
	Total	C a t e g o r i a						C a u z a			
		PN	S	PS	Ș	Ad	F	C	BI	BCG	TBC
Surori de ocrotire											
Eleva	cu moni- toarea										
	Sin- gure										
Total											

Numărul surorilor de ocrotire :

Numărul elevelor de ocrotire :

Luna _____ 1934.

[illegible]

t.

[illegible][illegible]

Medic Igienist de Plasă,